

52

GUÍA OPERATIVA PARA MÓDULOS GERONTOLÓGICOS



DIRECCIÓN
MÉDICA

Junio 2024



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO





Versión Junio 2024

Las disposiciones, lineamientos y recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y podrán ser modificadas de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica, a las pautas de prevención, aislamiento, protección o terapéuticas según las evidencias de las que se disponga. Versiones posteriores especificarán las modificaciones, páginas y comentarios.

Versión	Modificación	Página	Comentario
2017	Total	N/A	Se actualiza completo el Manual Operativo de Módulos Gerontológicos



**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales de los Trabajadores del Estado**

Mtra. Bertha María Alcalde Luján
Directora General

Dirección Médica

Dr. Ramiro López Elizalde
Director Médico

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Subdirectora de Prevención y Protección a la Salud

Dra. Alma Angelina Solano Magaña
Encargada de la Subdirección de Gestión y Evaluación en
Salud

Dr. Miguel Ángel Nakamura López
Encargado de la Subdirección de Regulación y Atención
Hospitalaria

Mtra. Judith Edith García de Alba Verduzco
Subcoordinadora en la Dirección Médica

Mtra. Laura Minerva Hernández Herrera
Subcoordinadora de la Dirección Médica



Grupo Técnico

Mtra. Judith Edith García de Alba Verduzco

Subcoordinadora en la Dirección Médica

MSP. Marlene E. Maury Rosillo

Jefa de Departamento de Calidad de la Atención Médica

Dra. Andrea Calvo Rodríguez

Jefa de Departamento de Programas de Atención
Especial

Dra. Karla Guadalupe Nuricumbo Tapia

Jefa de Servicios de Atención Médica Familiar

Dra. Claudia Herrera López

Jefa de Departamento de Desarrollo de Medicina
Familiar

Dr. José Carlos Hernández Jiménez

Supervisor Médico en la Dirección Médica

Dr. Ixtayul Leopoldo Aldama Santos

Coordinador Médico en la Dirección Médica

Dr. Francisco Javier Gómez Notario

Jefe de Sección Médica

Encargado del Programa de Envejecimiento Saludable

Dra. Brenda Irma Guízar Ramírez

Médico Especialista en Rehabilitación



L. P. Raquel Eugenia Dorante Gordillo

Apoyo Administrativo en el Programa de Envejecimiento
Saludable

Colaboradores

Dra. Martha Paola Carranco Hernández

Especialidad en Medicina Preventiva
Instituto Nacional de Salud Pública

Dra. Alondra Magaña Ramírez

Especialidad en Medicina Preventiva
Instituto Nacional de Salud Pública

Enf. Leticia Reyes Reyes

Enfermera Especialista en Geriátrica
CMF Iztapalapa 2

Dra. María Isabel Bonfil Rodríguez

Enfermera Jefa de Servicio
C.E. y C.A.D Leonardo y Nicolas Bravo

Lic. Luis Carlos Eli León González

Fisioterapia Neurológica



Contenido

I	Abreviaturas.....	7
1.	Introducción.....	8
2.	Marco Legal.....	10
3.	Objetivos.....	12
4.	Justificación.....	13
5.	Modelo de atención gerontológica	16
6.	Reglas de operación del Módulo Gerontológico.....	20
7.	Cédulas de tamizaje.....	24
8.	Criterios de inclusión.....	24
9.	Historia clínica gerontológica	27
10.	Área de apoyo funcional.....	30
11.	El proceso de acreditación y supervisión	35
12.	Iniciativa DALE/Dementia Friends.....	41
13.	Acompañamiento Telefónico Gerontológico.....	42
14.	Referencias.....	45
15.	Anexos	47

I. Abreviaturas

APS: Atención Primaria a la Salud

CADAM: Comisión Americana del Adulto Mayor

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos

ECOS: Equipos Comunitarios de Salud (para el Bienestar)

ENVESAL: Envejecimiento Saludable

GSV: Grupos en Situación de Vulnerabilidad

ICOPE: Atención Integrada para las Personas Mayores, los Esquemas de Atención Centrados en la Persona en Atención Primaria de Salud, de la OPS y la OMS (ICOPE por sus siglas en inglés)

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LDPAM: Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores

MG: Módulo Gerontológico

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de Salud

PAE: Programa de Acción Específico

PND: Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

PM: Persona(s) Mayor(es)

PSS: Programa Sectorial de Salud

SIEMP: Sistema Estadístico de Medicina Preventiva

TENS: Estimulación eléctrica transcutánea

1. Introducción

La presente Guía Operativa para Módulos Gerontológicos, se encuentra alineada con el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024 (PND), Programa Sectorial de Salud (PSS) y al Programa Estratégico de Salud (PES) para el Bienestar, enfocada hacia estrategias para llevar a cabo prevención, promoción de la salud, control, atención y limitación del daño, para la Persona Mayor (PM) en unidades médicas de primer nivel de atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo que permite estandarizar un conjunto acciones, que aunadas a la suma de esfuerzos, conlleve a un mayor control y organización de los servicios y proyecte una elevada calidad de la atención a este grupo etario. Por consiguiente, traerá consigo opciones de respuesta estandarizadas, analizadas y concientizadas en sus diferentes ámbitos desde la Dirección Médica hasta el nivel operativo.

El Programa de Envejecimiento Saludable tiene como objetivo, brindar atención integral y centrada en la persona, para las personas mayores que viven en la comunidad con el fin de optimizar su capacidad funcional y lograr un envejecimiento saludable. Buscando mejorar la capacidad funcional y calidad de vida, retrasar y evitar la enfermedad, empoderar al usuario en el autocuidado de su salud, con participación y efectiva de su familia, cuidador y sociedad, el presente documento marca la corresponsabilidad administrativa y operativa para el logro de indicadores y metas establecidas. A través de un Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona Mayor actualizado, en el cual se le da un peso importante a prácticas y acciones preventivas, así como de promoción y difusión que han demostrado resultados favorables creando historias de éxito.



Un aspecto sumamente importante es el que se refiere a la educación la creación de conciencia y formación de una cultura de autocuidado de la salud, no solamente de la persona mayor; sino en la relación con su entorno, incluyendo al personal de salud y mantener en la medida de lo posible, en condiciones óptimas su capacidad funcional.

La suma de esfuerzos generará mejores y mayores resultados, por ello, es importante incluir la labor interinstitucional, la sociedad civil, la comunidad entre otras instancias; y a través de un trabajo coordinado obtener un abordaje integral en beneficio de la persona mayor. El costo beneficio no se establece específicamente ya que viene implícito al disminuir la frecuencia de síndromes geriátricos, al ser mayormente resolutivo y disminuir las referencias a un segundo o tercer nivel de atención, al evitar hospitalización y estancia días de estancia hospitalaria entre otros aspectos; y principalmente la mejora de calidad de vida(1).

2. Marco Legal

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
- La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y los tratados y convenciones sobre grupos particulares.
- Ley General de Salud
- Ley de los Derechos de las Personas Mayores
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- Ley de Asistencia Social
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Atención Médica, Artículo 38
- Acuerdo del Consejo de Salubridad General “Por el que se establecen las acciones para el diseño e implementación de la política pública en salud para el otorgamiento de cuidados a largo plazo por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud”
- ACUERDO 3.02.E.2022 de la Junta Directiva por el que se aprueba el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- NOM-004-SSA3-2012. “Del expediente clínico”
- NOM-011-SSA3-2014. “Criterios para la atención de enfermos en situación

terminal a través cuidados paliativos”

- NOM-016-SSA3-2012. “Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada”
- NOM 017-SSA2-2012. “Para la Vigilancia Epidemiológica”.
- NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
- NOM-030-SSA3-2013. “Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud”
- NOM-031-SSA3-2012. Asistencia Social. “Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores, en situación de riesgo y vulnerabilidad”

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Establecer las directrices de operación de los Módulos Gerontológicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con base a la Estrategia Transversal de Atención Primaria a la Salud ECOS para el Bienestar.

3.2 Objetivos Específicos

1. Describir los componentes normativos, organizacionales y documentales de los Módulos Gerontológicos.
2. Homologar los criterios para el ingreso y referencia en los Módulos Gerontológicos.
3. Aportar herramientas para la mejora de la comunicación asertiva y efectiva entre las instancias relacionadas con los Módulos Gerontológicos.
4. Estandarizar los procesos operativos de los Módulos Gerontológicos.

4. Justificación

4.1 Estrategia Transversal ECOS para el Bienestar

La Estrategia Transversal de Atención Primaria en Salud - Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) para el Bienestar, responde tanto a los acuerdos internacionales, como al cumplimiento de metas y logros de las acciones de política social conforme lo establece el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, donde se insta a continuar con las labores que han permitido al Instituto alcanzar los objetivos pero que requieren seguimiento para poder contribuir con la atención de salud desde la Atención Primaria a la Salud (APS), con un enfoque de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad. Se basa en los modelos de congruencia, adopción y operativo, con un enfoque sistémico que se resume en el afrontamiento y resolución de las necesidades de salud comunitarias.

Bajo los principios de Sustentabilidad, humanismo, educación, innovación ética y la identidad, en fortalecimiento a el Programa de Envejecimiento Saludable actúa rompiendo las fronteras con actividades extramuros de carácter preventivo y de promoción a la salud, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud y los Derechos Humanos sin dejar a nadie atrás y sin dejar a nadie fuera.

Figura 1. Modelo Integrador de Atención Primaria en Salud del Programa ECOS



4.2 Demografía de las personas mayores

De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020, se cuantificaron 126,014,024 habitantes en el país; de los que 15,142,976 tienen 60 años o más, correspondientes al 12% de la población mexicana (aproximadamente 1 de cada 8 habitantes en México es una persona mayor)(2).

Tabla 1. Número de personas mayores en México por rangos de edad y sexo para el 2020

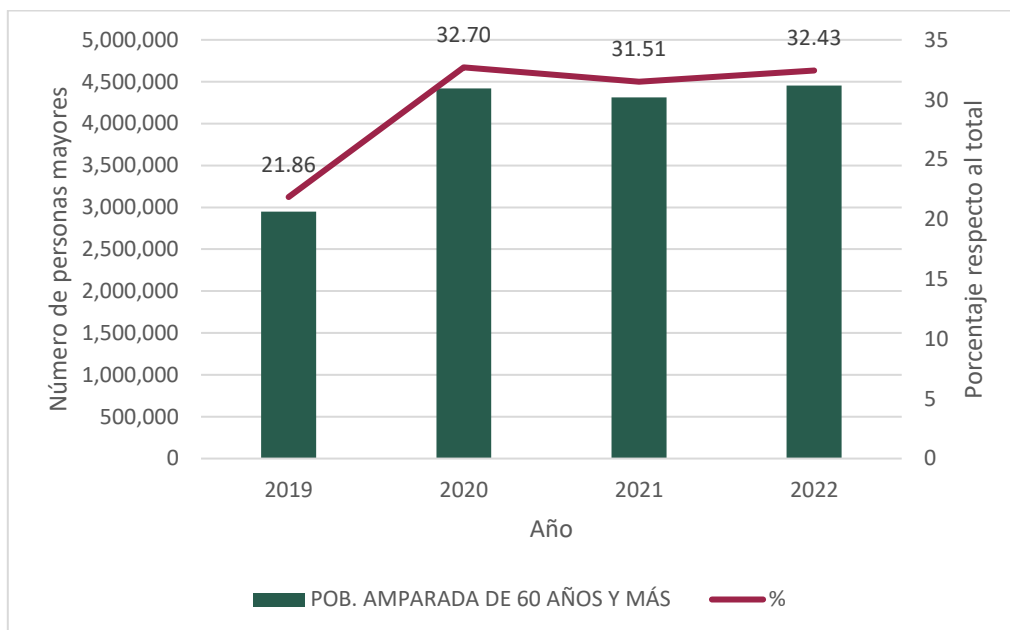
Rango de edad (años)	Hombres	Mujeres
60 a 64	2,257,862	2,563,200
65 a 69	1,706,850	1,938,227
70 a 74	1,233,492	1,413,848
75 a 79	847,898	966,684
80 a 84	523,812	651,552
85 a 89	283,351	375,894
90 a 94	107,358	159,448
95 a 99	36,615	58,590
100 y mas	6,644	11,651
Total	7,003,882	8,139,094

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. Cuestionario Básico.

Considerando las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que la población de 60 y más duplicará su proporción a 20% para el año 2045. Así mismo, la esperanza de vida de las mujeres actualmente es de 77 años con una esperanza de vida saludable de 67 años; y para los hombres una esperanza de vida de 73 años con una esperanza de vida saludable de 64 años (3).

En el ISSSTE se ha incrementado el porcentaje de personas mayores de acuerdo con el Anuario Estadístico ISSSTE 2019-2022, sumando para el 2022 un 32.4% del total de la población total amparada (gráfico 1)(4).

Gráfico 1. Número y porcentaje de personas mayores amparadas en el ISSSTE



Fuente: Anuario estadístico ISSSTE 2019-2022

El fortalecimiento, homologación y la sistematización de la operatividad dentro de los Módulos Gerontológicos (MG), se vuelve pieza clave para una adecuada anticipación a las demandas de la población en el Instituto.

5. Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona Mayor

El Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona Mayor del Módulo Gerontológico es parte del Programa de Envejecimiento Saludable y está inmerso en la siguiente filosofía:

Misión: responder proactivamente a las necesidades de salud de la persona mayor fomentando una colaboración entre la persona mayor, su familia y el personal de salud en el autocuidado, para impulsar el bienestar y una mayor calidad de vida durante el proceso de envejecimiento.

Visión: ser un modelo de atención integral gerontológica con enfoque en atención primaria a la salud de excelencia, con liderazgo, calidad y humanismo referente nacional en el primer nivel de atención.

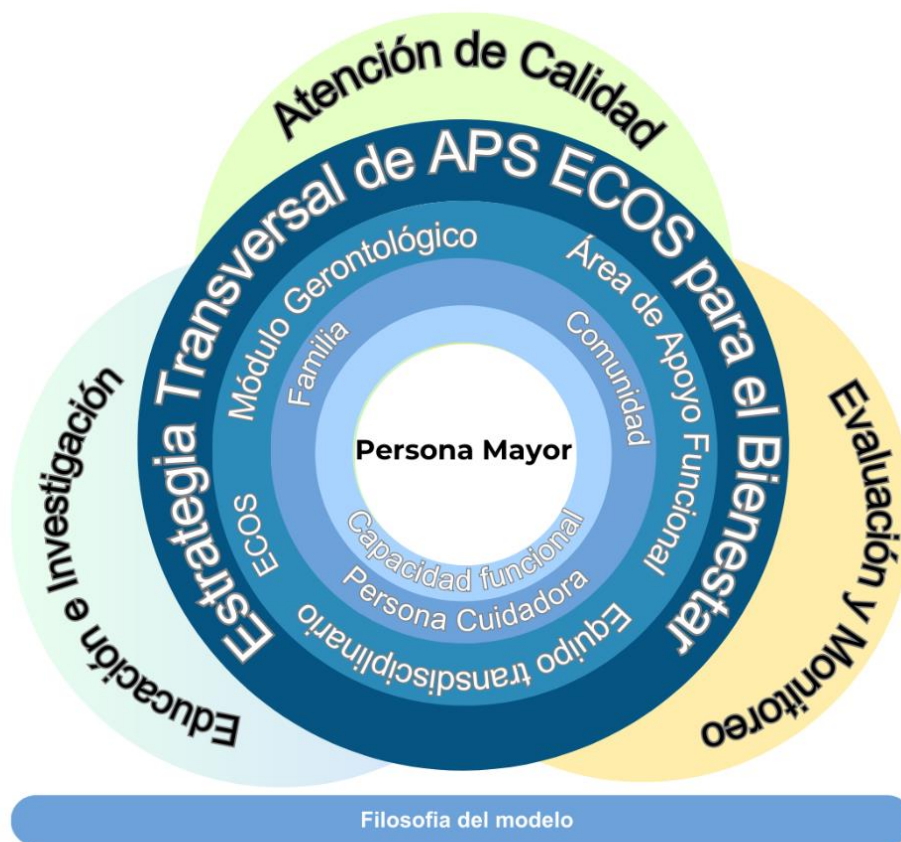
Valores y principios:

- Humanismo
- Autonomía
- Honestidad
- Integralidad
- Empatía
- Equidad
- Continuidad
- Excelencia
- Participación social
- Dignidad
- Rectitud
- Visionario
- Calidez
- Trabajo colaborativo

Perspectivas

- Derechos Humanos
- Curso de vida
- Biopsicosocial espiritual y ambiental
- Género e interculturalidad

Imagen 2. Modelo de atención Integral Centrado en la Persona Mayor



El Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona Mayor (imagen 2) parte de sus necesidades, garantizando sus derechos y respetando sus preferencias y sus deseos en la atención y en la vida cotidiana, de manera que cada persona mayor deberá tener un plan de atención de acuerdo con sus necesidades. Contempla las características personales físicas y mentales (capacidad intrínseca) y los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella y como estas interactúan con el entorno (capacidad funcional).

El siguiente círculo corresponde a la familia, la comunidad y, en caso de requerirlo, una persona cuidadora que suele ser el/la cónyuge, un familiar o alguna otra persona allegada (la mayoría de las personas mayores no requiere cuidador), quienes contribuyen a preservar una capacidad funcional alta y estable. Generalmente suelen ser mujeres y dependiendo de las necesidades y de la carga, la persona cuidadora también puede llegar a requerir de ciertas intervenciones con la finalidad de mantener su bienestar y preservar una relación satisfactoria y saludable con la persona mayor. La comunidad también suele ser una importante red de apoyo y forma parte del entorno de la persona mayor. La comunidad en la que viven les permite mantener una sensación de conexión, seguridad y familiaridad, además de relacionarlos con su identidad y con su autonomía. Este modelo de atención prioriza la atención primaria y comunitaria, con un mayor énfasis en la participación comunitaria, las intervenciones domiciliarias y la integración social.

El Módulo Gerontológico en conjunto con los profesionales de salud capacitados en gerontología (equipo transdisciplinario) y los Equipos Comunitarios de Salud para el Bienestar (ECOS), refuerzan, apoyan, orientan, direccionan y realizan un trabajo de coproducción de salud junto a la familia, la comunidad y la persona cuidadora para lograr la sostenibilidad de las intervenciones de salud. Además, realizan vinculación con la asistencia social, con el objetivo de asegurar el bienestar de la persona mayor. Entendiéndose como asistencia social la ayuda prestada para las actividades cotidianas y los cuidados personales, así como el acceso a centros comunitarios y servicios públicos, a fin de reducir el aislamiento y la soledad, mejorar la seguridad económica, brindar un lugar adecuado de residencia, brindar protección ante el acoso y el maltrato, y fomentar o mantener la participación en actividades que den sentido a la vida.

Todas las acciones desde las perspectivas antes mencionadas se encuentran envueltas en la Estrategia Transversal de APS ECOS para el Bienestar, misma que se basa en la Atención Primaria de la Salud (APS), la cual *“incluye a toda la sociedad y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”*.

Del modelo central se desprenden tres esferas que se vuelven transversales y se impulsan en todos los niveles de este:

1. Capacitación e investigación: capacitación del personal a las personas y la capacitación para la actualización de los conocimientos del personal de salud.
2. Evaluación y monitoreo: para el establecimiento de ciclos de mejora.
3. Atención de calidad: asegurar una atención de excelencia desde las dimensiones de la calidad.

Finalmente, el modelo toma dirección hacia la mejora y su camino se guía a través de su filosofía, por lo cual este se encuentra en la base de este.

6. Reglas de operación del Módulo Gerontológico

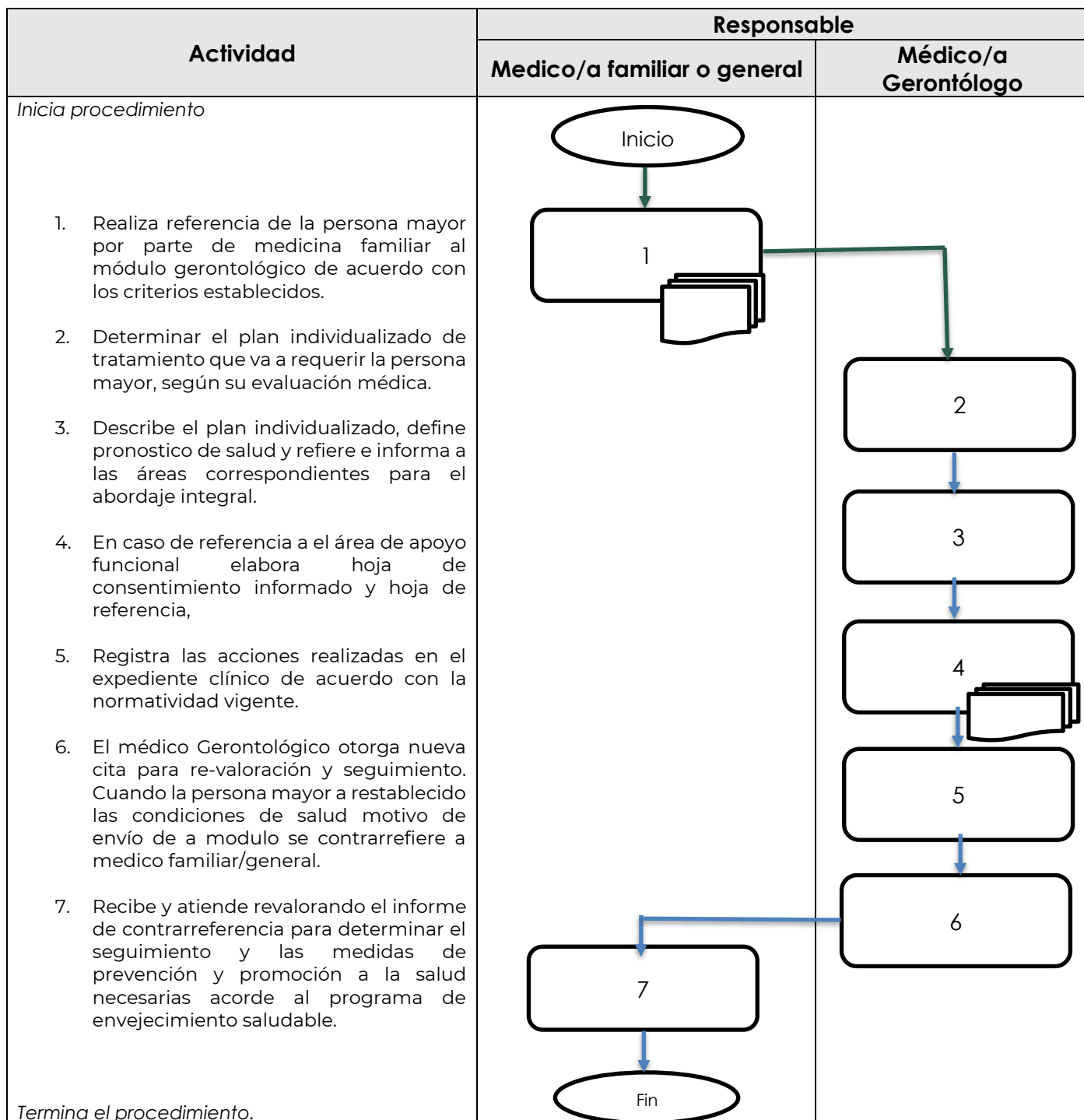
1. El Módulo Gerontológico (MG) deberá estar conformado por un Médico/a Gerontólogo Clínico o médico/a con capacitación en atención a persona mayor, apoyo funcional y cuidados a largo plazo, además de personal de Enfermería con especialidad en Geronto-Geriatria o con capacitación en la atención de la persona mayor y coordinarse en conjunto con un equipo transdisciplinario (psicología, odontología, trabajo social, nutrición, educador físico, fisioterapeuta, entre otros).
2. El Módulo Gerontológico deberá realizar acciones multidisciplinarias y extramuros mediante la Estrategia transversal de “ECOS para el Bienestar” para fortalecimiento del programa de Envejecimiento Saludable mediante la integración de ECOS de módulo en conjunto con el líder ECOS de la unidad.
3. El tiempo de consulta para los Módulos Gerontológicos es de 30 minutos (primera vez y subsecuente).
4. El Médico/a Gerontólogo debe liderar y delegar los procesos dentro del Módulo incluyendo las actividades de investigación, capacitación y todas aquellas incluidas en la cédula de acreditación (ver Guía para la Supervisión, Acreditación y reacreditación de los Módulos Gerontológicos).
5. El Médico/a Gerontólogo debe atender de acuerdo con la filosofía del modelo a cada una de las personas mayores que le sean remitidas a su consulta para su valoración, así como responder de manera resolutive, certera y oportuna ante los problemas de salud que presenten, considerando las necesidades y respetando las decisiones de persona mayor.
6. El Médico/a Gerontólogo debe conocer y estar plenamente sensibilizado en las necesidades de atención y cuidado de la salud que requiere la persona mayor,

así como las patologías más comunes y los factores de riesgo a los que están expuestos.

7. El Médico/a Gerontólogo deberá establecer una relación paciente-médico que facilite la comunicación y permita determinar diagnósticos y tratamientos precisos.
8. El Médico/a Gerontólogo deberá liderar el proceso de vinculación con los diferentes servicios de la Unidad, para otorgar una atención integral al paciente, optimizando los recursos disponibles.
9. El Médico/a Gerontólogo, es responsable de establecer como principal campo de acción, la promoción de la salud y la prevención de las principales enfermedades.
10. El Médico Gerontólogo deberá monitorear, evaluar y retroalimentar al personal del área de apoyo funcional mensualmente (anexo A).
11. El Módulo Gerontológico también deberá mantener coordinación con el área de Trabajo Social para:
 - 11.1 Canalizar y dar seguimiento de problemas específicos de carácter social que aquejen al derechohabiente y cuya atención contribuya al mejoramiento de su salud.
 - 11.2 Definir estrategias para simplificar trámites y orientar las actividades que constituyan un menor riesgo para las personas mayores, tales como la obtención de medicamentos (por ejemplo, mediante la estrategia de Receta Resurtible para Enfermedades Crónicas no Transmisibles Controladas) y apoyo para reagendar citas (5).
 - 11.3 Integración de Equipos Comunitarios de Salud para el Bienestar (ECOS para el Bienestar)

- 11.4 Generar acciones de capacitación a la comunidad y enlaces con los servicios de prestaciones sociales a fin de fortalecer las actividades relativas a la atención gerontológica.
12. La información obtenida en la evaluación gerontológica y los indicadores de productividad deberá ser integrada en tiempo y forma con apego a la normatividad vigente establecida, en el Sistema de Información Estadística en Medicina Preventiva (SIEMP), además el Médico/a Gerontólogo deberá supervisar que la captura de la información sea la correcta.
13. Para disponer de una atención médica integral o en caso de requerir un diagnóstico más preciso de los padecimientos que la persona usuaria presenta, el Médico Gerontólogo tiene la facultad de solicitar la interconsulta a otros servicios dentro de la misma Unidad o referir al siguiente nivel de atención.
14. El personal del Módulo Gerontólogo tiene la responsabilidad de realizar las actividades de capacitación al personal de salud en materia de criterios de inclusión, síndromes geriátricos, atención gerontológica, prevención y promoción de la salud en la persona mayor.
15. El personal de Módulo Gerontológico tiene la responsabilidad de la capacitación a familiares y personas cuidadoras de personas mayores con limitación funcional, mediante cursos teóricos prácticos.
16. El Módulo Gerontológico deberá dar seguimiento a las personas mayores que así lo requieran mediante la estrategia de *Acompañamiento Telefónico Gerontológico ECOS para el Bienestar*.

Flujograma de atención por médico/a gerontólogo



7. Cédula de Tamizaje

Un instrumento para identificar probables condiciones de salud de manera sencilla, rápida y sistemática es mediante el uso de cédulas de tamizaje sobre envejecimiento, las cuales deben ser aplicadas por todo el personal de salud (previa capacitación por el Módulo Gerontológico). Es obligatorio que toda persona mayor tenga anexa a su expediente clínico la cédula de tamizaje completamente requisitada, así como las acciones realizadas para su abordaje y manejo integral. El formato de Cédulas de Tamizaje sugerida se encuentra en el anexo B.

8. Criterios de referencia

Es importante conocer los criterios de inclusión en los Módulos Gerontológicos ya que estos deberán ser informados y detallados a todo el personal de salud de la Unidad. Esto ayudará a evitar saturación en los MG y a identificar personas que se pueden beneficiar de las intervenciones de una mejor forma.

Para referir a una persona mayor al Módulo Gerontológico, el Médico/a Familiar o General deberá considerar las condiciones de salud de difícil control que le hayan sido diagnosticados; y los principales Síndromes Geriátricos que requieran tratamiento gerontológico (ver Tabla 2).

Tabla 2. Lista básica de criterios de referencia en los Módulos Gerontológicos

Criterios de referencia al Módulo Gerontológico
Criterios mayores
<ul style="list-style-type: none">• Demencia• Fragilidad• Abatimiento funcional• Alteraciones de la marcha y el equilibrio, mareo, caídas• Inmovilidad• Polifarmacia• Maltrato• Tres o más diagnósticos médicos no controlados por médico familiar/general.
Criterios menores
<ul style="list-style-type: none">• Jubilación reciente• Aislamiento social• Deterioro cognitivo leve• Déficit visual y/o auditivo• Incontinencia urinaria y/o fecal• Malnutrición• Problemas de dinámica familiar y cuidadores (Colapso del Cuidador)• Sintomatología depresiva y duelo• Trastornos del sueño• Alteraciones de la movilidad.• Entorno adverso.

*Se requiere 2 criterios mayores o 3 criterios menores (las alteraciones en la cédula de tamizaje ICOPE cuentan como criterio menor cada ítem).

Cuando el estado de salud requiere un abordaje que sobrepasa la capacidad de resolución del MG, se debe hacer la referencia oportuna al siguiente nivel con

capacidad resolutive. En la tabla 3 se muestra los criterios para la referencia al siguiente nivel de atención.

Tabla 3. Lista básica de criterios de referencia al siguiente nivel de atención

Criterios de referencia al segundo o tercer nivel de atención

- Abatimiento funcional agudo inexplicable
- Delirium (estado confusional agudo, falla cerebral aguda)
- Deshidratación (moderada o severa)
- Depresión refractaria.
- Necesidad de Evaluación detallada de los problemas de privación sensorial.
- Necesidad de Evaluación detallada de un problema demencial
- Fragilidad.
- Infección respiratoria aguda (neumonías)
- Lesión renal aguda
- Problema agudo intercurrente que requiera interconsulta al especialista o en su caso hospitalización.
- Padecimientos cardiovasculares no controlados
- Úlceras por presión
- Problemas mayores de inmediato control tales como: fractura de cadera, sangrado de tubo digestivo, descontrol o desestabilización de problemas de diabetes descompensadas, hipertensivos etc.
- Situaciones agudas que pongan en riesgo la vida

9. Historia Clínica Gerontológica

9.1 Formulario para la recolección de la Historia Clínica Gerontológica

A todo paciente que acuda al MG por primera vez se le deberá integrar la Historia clínica Gerontológica (anexo C), misma que se deberá incluir en el expediente clínico debidamente requisitada (es complementaria a la historia clínica previa de su expediente realizada por su médico que refiere). Los datos mínimos que se deberán recolectar son:

Datos generales

- Antecedentes heredo- familiares
- Antecedentes laborales
- Condiciones de vivienda
- Patrones de estilo de vida
- Enfermedades antecedentes y actuales
- Antecedentes de caídas
- Medicación
- Diagnóstico y tratamientos previos

Al ser un formulario con los requisitos mínimos este puede adaptarse a sus necesidades (es decir agregar más campos, no eliminarse alguno). Si se considera necesario profundizar en algún campo más allá de la información básica requisitada, se puede agregar una descripción detallada al reverso del

formato.

9.2 Línea de vida

Debido a la complejidad del abordaje de una persona mayor es recomendable utilizar como estrategia la línea de vida (anexo D), la cual es una herramienta para ordenar el ciclo de vida de una persona de forma cronológica, nos permitirá sintetizar en solo una página los aspectos más relevantes.

La línea de vida se compone de los siguientes apartados:

1. **Antecedentes relevantes:** Se enlistan en este apartado aquellos antecedentes heredo familiares, personales patológicos y no patológicos de importancia médica (se sugiere preguntar antecedentes preconcepcionales) y se incluyen aquellos de con carga emocional como duelo, crisis financieras, etc.
2. **Mediadores:** son aquellos factores que perpetúan la condicione actual, por ejemplo: la obesidad tiene como mediadores el sedentarismo, el consumo de alimentos ultra procesados, etc.
3. **Detonantes:** son aquellos factores desencadenantes de la condicione actual o que lo exacerban, por ejemplo: la artralgia se incrementa con el reposo y el frio.
4. **Reporte cronológico de signos y síntomas:** en este apartado se describe de acuerdo con la cronología (especificando la temporalidad (fecha y mes)) cuándo aparecieron y cuáles fueron los signos, síntomas o

el diagnóstico. También se recomienda describir sucesos importantes en el tiempo como accidentes, duelo, pérdida de empleo, etc.

5. Padecimiento actual: es representado en la punta de la flecha y marca la condición de salud por la que acude al servicio.

Nota 1) Algunos de los antecedentes o fragmentos de la historia de vida probablemente no podrán completarse, sin embargo, es relevante extraer la mayor cantidad de datos posibles.

Nota 2) Es importante al finalizar la construcción de la línea de vida relatar brevemente la historia de vida a la persona mayor, esto ayudara a recibir retroalimentación o la confirmación de que la historia se ha entendido adecuadamente, además, de promover la empatía para el proceso de coproducción de salud (relación médico paciente).

Nota 3) Es una herramienta que apoya el abordaje de la complejidad en la persona mayor, más no es un requisito en las consultas en el MG.

10. Área de apoyo funcional

10.1 El objetivo del área de apoyo funcional

Aplicar servicios de atención para la persona mayor mediante la oportuna y adecuada aplicación de tratamientos y procedimientos de rehabilitación física básica, con el fin de alcanzar su pronta restauración e integración a su entorno, así como disminuir las discapacidades o padecimientos que afecten su funcionalidad y calidad de vida.

10.2 Reglas de operación

1. La atención que se proporciona en el Servicio de Apoyo Funcional es para uso exclusivo de las personas mayores derechohabientes referidos por el Médico Gerontólogo, quién será el/la único responsable de valorar, remitir e indicar el requerimiento de tratamiento y terapia específica para cada persona.
2. Antes de iniciar el plan de tratamiento fisioterapéutico asentando el número de sesiones (ciclos de 6 sesiones), tiempo de las sesiones y modalidad terapéutica de sesiones, se debe verificar que el Médico/a Gerontólogo haya proporcionado tanto la Hoja de Referencia al Área de Apoyo Funcional (anexo E), como la Hoja de Consentimiento Informado (anexo F) debidamente requisitada y firmada, donde se le explica el tratamiento al que se debe someter y con que métodos o equipo le serán aplicadas las terapias.
3. El personal del área de apoyo funcional deberá:
 - Estar plenamente sensibilizado en las necesidades de atención y cuidado de la persona mayor con perspectiva de género, apego a los Derechos Humanos,

interculturalidad y evitando cualquier tipo de discriminación.

- Contar con formación en gerontología o geriatría, y poseer los conocimientos específicos para el manejo y tratamiento de rehabilitación básica, así como capacitación para el uso del equipo.
 - Conocer los principales factores de consideración y la forma de actuar en caso de que se presenten, además de comunicarlo al médico/a gerontólogo. Por ejemplo, marcapasos, disminución de sensibilidad, alto grado de dermatoporosis, neoplasias, riesgo de caídas, etc.
4. El personal de este servicio tiene la responsabilidad de informar a la persona mayor, familia y en su caso persona cuidadora en forma respetuosa, sencilla y cálida, respecto a las técnicas y tratamientos fisioterapéuticos que le serán aplicados y establecer el compromiso y las indicaciones con la persona mayor para la realización del programa fisioterapéutico y de autocuidado en casa que debe adquirir para potenciar la máxima recuperación funcional posible.
 5. El Área de Apoyo Funcional deberá contar con el equipo básico de rehabilitación funcional (equipo de mecanoterapia (rueda timón, bandas, escalerilla, pelota) y compresas frías-calientes, además del equipo complementario: ultrasonido, y electro estimulador neuromuscular.
 6. El personal del MG junto con el Área de Apoyo Funcional debe proponer las estrategias de mejora, que contribuyan a optimizar el servicio y agilizar la atención a los derechohabientes.
 7. En el Área de Apoyo Funcional se limitará a un máximo de 30 sesiones (5 ciclos de 6 sesiones) siempre y cuando se justifique la existencia de mejoría progresiva y recuperación funcional, en caso contrario se realizará referencia al segundo o tercer nivel.

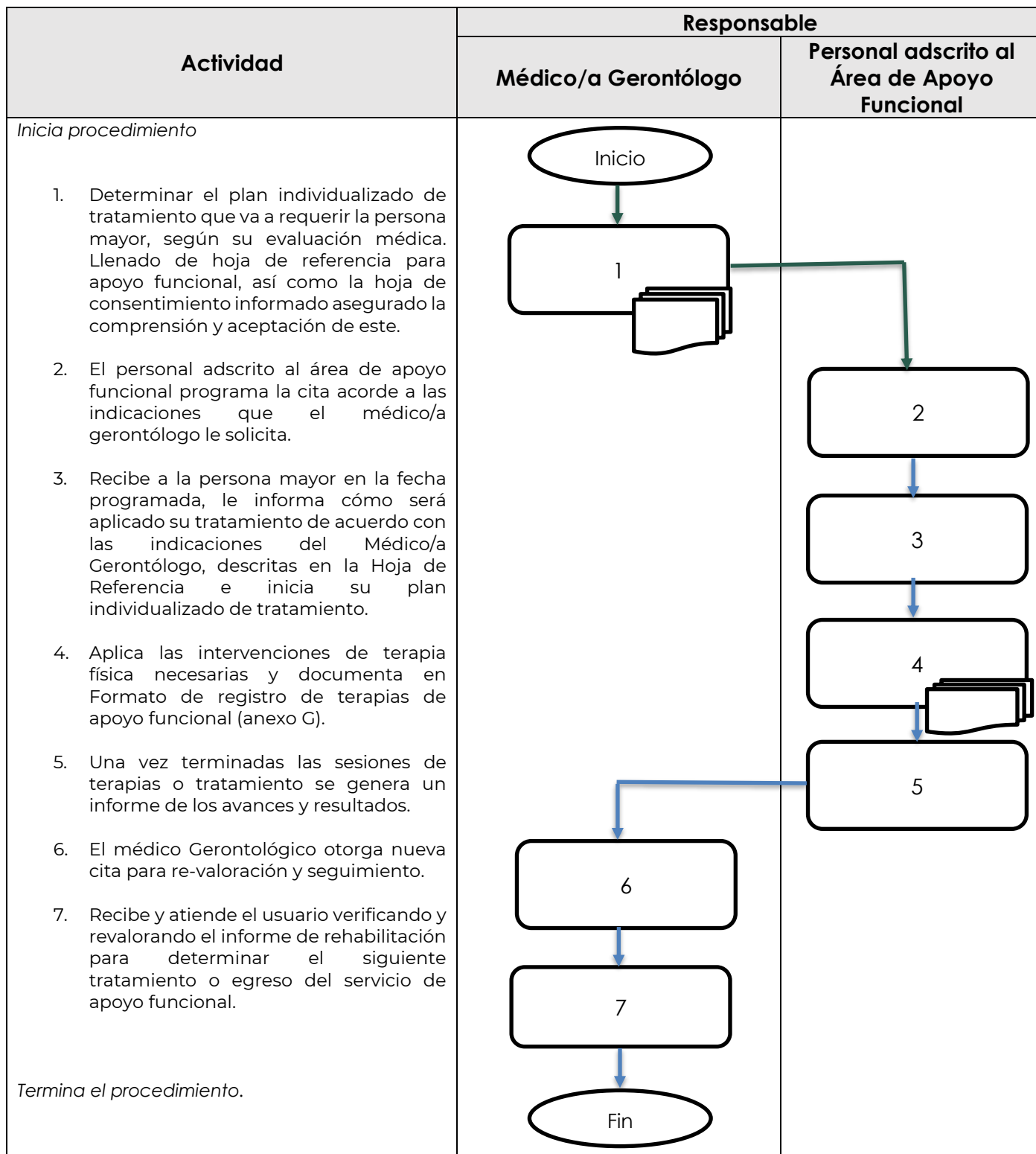
8. Los criterios de selección para el manejo en el Área de Apoyo Funcional son los siguientes:

- Criterios de ingreso:
 - Contar con una edad mínima de 60 años.
 - Contar con la valoración gerontológica.
 - Contar en caso de requerirse con un responsable (familiar o cuidador) para replicar el manejo fisioterapéutico en casa.
 - Observar apego al tratamiento.
 - Contar con hoja de referencia
 - Contar con consentimiento informado, comprendido y aceptado.
- Criterios exclusión para manejo en área de apoyo funcional sin valoración previa por médico especialista en rehabilitación:
 - Trastornos neurológicos (Evento Vascular Cerebral reciente menor de 6 meses y con secuela motora)
 - Neuropatías periféricas (metabólicas)
 - Postquirúrgico inmediato (cadera, rodilla, hombro, tobillo o mano)
 - Polineuropatías y radiculopatías con sistematización neurológica (Guillain Barré subagudo, neuropatía diabética, radiculopatías cervicales o lumbares).
 - Condiciones de salud (física, mental o social) que no se cuente con conocimiento o capacidad para su atención y aquellas que de acuerdo con el criterio del médico/a gerontólogo deben referirse al siguiente nivel.
- Criterios de conclusión:
 - Negativa al tratamiento (aun contando con consejería)
 - Falta de apego al tratamiento (aun contando con consejería)
 - Ausencia de red familiar de apoyo
 - Pacientes hemo dinámicamente inestables

Nota: Antes de la conclusión del manejo en Modulo Gerontológico se brindará consejería, referencia a atención o asistencia social especializada. Cuando la persona mayor así lo desee y se encuentre en condiciones de retomar el manejo podrá ingresar nuevamente en virtud de la filosofía del modelo.

9. Se utilizará el formato de registro de terapias de apoyo funcional para el seguimiento (anexo G) y en caso de detectar signos vitales alterados o criterios que ameriten una revaloración se informará y programará a la brevedad con el médico/a gerontólogo.
10. El área de Apoyo Funcional establecerá terapias grupales para padecimientos con características en común, respetando en todo momento la privacidad de las personas, por ejemplo: ejercicios de mano, muñeca, codo, hombro, rodilla, tobillo, estimulación cognitiva, etc.

Flujograma de atención en área de apoyo funcional



11. Reglas de operación del equipo transdisciplinario en el Módulo Gerontológico

Se entiende por equipo transdisciplinario como: aquel que va más allá de la cooperación entre disciplinas (multidisciplinario) y la integración entre disciplinas (interdisciplinario) por lo que representan la coproducción que trasciende los límites disciplinarios y académicos, integrando el conocimiento de todos en un mismo objetivo (persona mayor, familia y comunidad) y garantizando que los problemas no se vean de forma unidimensional.

1. El Módulo Gerontológico deberá mantener coordinación con las áreas de Psicología, Trabajo Social, Nutrición, educación física, enfermería, salud bucal y aquella que se considere necesaria para la debida canalización y seguimiento de las necesidades de la persona mayor por lo que se recomienda la conformación de equipo transdisciplinarios que apoyen la capacitación y sensibilización con perspectiva de envejecimiento saludable.
2. El equipo transdisciplinar se caracteriza por el compromiso de sus miembros para enseñar, aprender y trabajar de forma colaborativa para implementar servicios coordinados
 - a. Se realizarán sesiones para dialogar sobre necesidades específicas de algunos usuarios que requieran acciones coordinadas adicionales o donde la ruta no sea clara para intercambiar información, conocimiento y habilidades entre todos los miembros del equipo (se deberá recopilar las evidencias de la realización de estas sesiones).
 - b. En caso necesario se realizará asesoría a la persona mayor con más de un miembro del equipo de manera simultánea, (previa coordinación del equipo transdisciplinario).

- c. Se realizarán ejercicios de traslado de rol (en medida de su posibilidad del servicio): para enseñar a otros integrantes del equipo las estrategias de intervención de sus disciplinas, bajo la supervisión y el apoyo de los miembros del equipo cuyas disciplinas son compatibles con esta práctica. Por ejemplo, el personal de terapia física apoyará a la capacitación básica en materia de apoyo funcional a el personal de educación física o enfermería. Esto apoyará que, en caso de ausencia, las acciones más básicas puedan trasladarse temporalmente a otra persona sin descuidar el área ni la calidad.
- d. Participará en la elaboración de programas de capacitación a la comunidad, pláticas de orientación y promoción a la salud, etc. En materia de envejecimiento saludable.
- e. Establecerá acciones de APS mediante la estrategia transversal ECOS para el Bienestar y trascenderá de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) del módulo a la conformación de Equipos Comunitarios en Salud (ECOS).

El área de Trabajo Social

- 3. Deberá establecer enlace con otros servicios, tales como Atención al Derechohabiente, Medicina Preventiva, Psicología, Prestaciones Económicas y Sociales, otras Unidades Médicas de 2° o 3er. Nivel, etc. Para facilitar el seguimiento en la prestación de otros servicios a la persona mayor.
- 4. El área de Trabajo Social y otros servicios afines tienen la responsabilidad de favorecer la atención prioritaria a la persona mayor y contribuir en la realización de acciones integrales, tales como la formación de círculos de apoyo, ECOS, etc.

5. Deberá definir estrategias para la simplificación y oportunidad en los trámites para la obtención de diversos servicios a la persona mayor, y orientar acciones que promuevan el cuidado de su salud y el mejoramiento en su desarrollo social e integral.
6. Proporcionará atención profesional para el adecuado manejo de diversas situaciones de problemática social, tales como; maltrato (abandono, aislamiento social, discriminación, violencia), disfunción familiar, etc.
7. Participará con el equipo de salud de la Unidad, en la elaboración y difusión de programas dirigidos a la persona mayor en diversas materias, tales como; Salud Reproductiva, Orientación Nutricional, Educación Higiénica, Enfermedades No transmisibles, etc.
8. Colaborará en la elaboración de los registros de las acciones practicadas a cada persona mayor, y realizará los informes técnicos requeridos, ya sea de avances, resultados en el tratamiento, o informes diarios, semanales o mensuales respecto a los pacientes atendidos. Ejem: Acompañamiento Telefónico Gerontológico.

El área de Psicología

9. Brindará atención de Psicología a las personas que le sean remitidos por el Médico Gerontólogo para el tratamiento.
10. Llevará a cabo la aplicación de metodologías e instrumentos de valoración psicológica gerontológica integral que el caso así requiera.

11. Fomentará el desarrollo de acciones orientadas a la educación para la salud, y el cumplimiento de las líneas estratégicas de acción plasmadas en el Programa Institucional de Envejecimiento Saludable, considerando los factores que tiendan a favorecer el entorno Psicosocial de la persona mayor.
12. Realizará los registros diarios correspondientes a las personas atendidas en la consulta y los informes periódicos que le sean requeridos por la autoridad, ya sea de avances o resultados de tratamiento, o informes diarios de labores, productividad, etc. Ejem: Acompañamiento Telefónico Gerontológico.

El área de nutrición

13. Atenderá a las personas mayores que le sean remitidos por el Médico Gerontólogo para su valoración y orientación nutricional, así como para la determinación de esquemas de mejoramiento alimentario.
14. Conformará el Plan Individual de Tratamiento nutricional requerido por cada persona, de acuerdo con su condición de salud y los cambios o condiciones que a menudo interfieren en el esquema de alimentación.
15. Informará de manera clara y sencilla, respecto al tratamiento y plan alimenticio al que deberá someterse para el mejoramiento de su salud, así como ofrecer orientación individualizada, mediante el uso de material audiovisual, en torno a sus condiciones de salud y a la prevención de complicaciones.
16. Coordinará y fomentará el desarrollo de acciones orientadas a la prevención y promoción de la salud, en materia de atención nutricional, dando

cumplimiento a los aspectos señalados en el Programa de Envejecimiento Saludable.

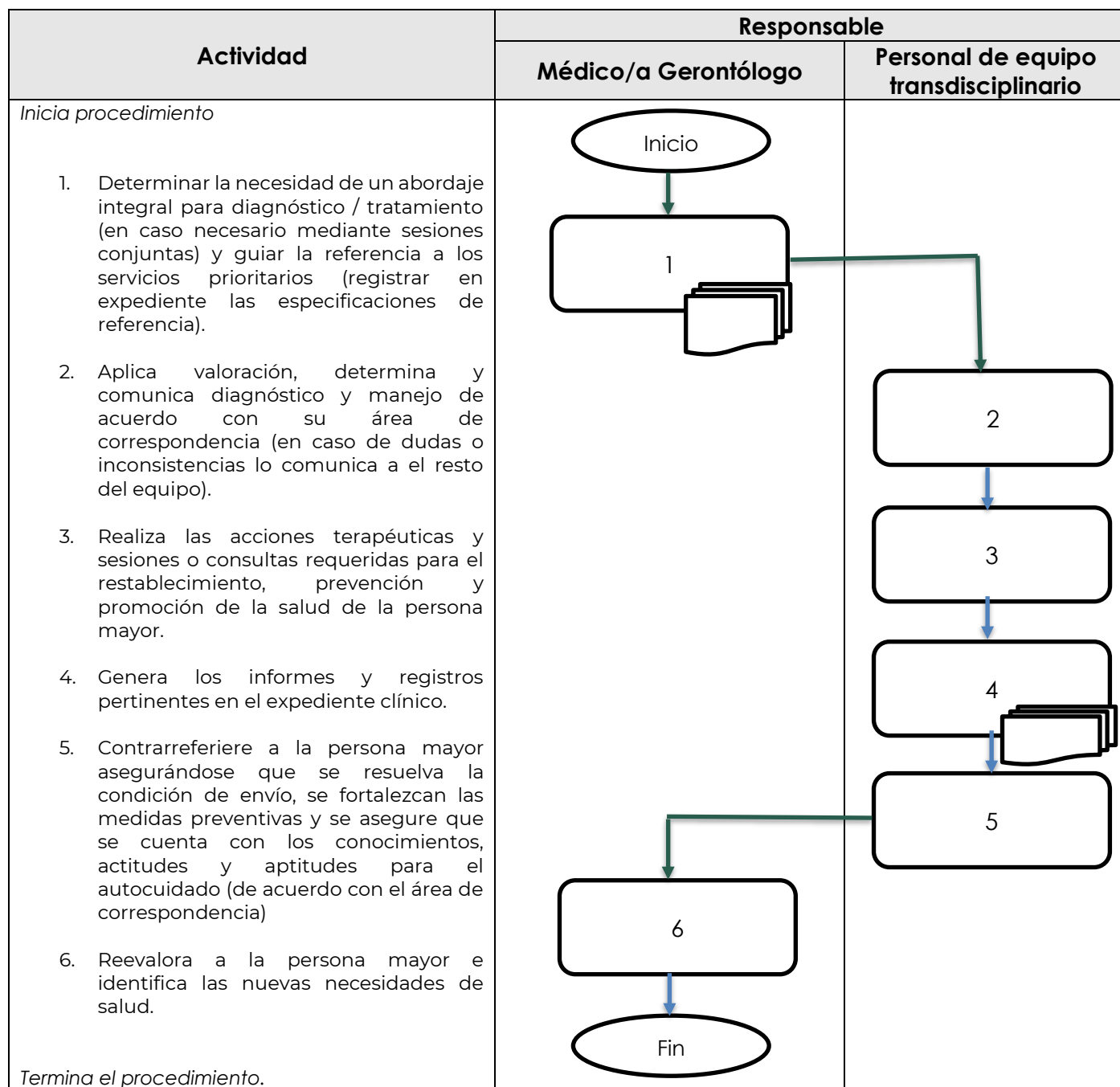
17. Efectuará los registros de las acciones realizadas, durante su jornada de labores, y realizar los informes técnicos o de productividad que le sean requeridos periódicamente por la autoridad competente.
18. Participará en cursos de capacitación y actualización continua en materia de educación para la salud, alimentación y cuidado de la nutrición que debe observarse en el caso de las personas mayores.

El área de Educación Física

19. Participará en el acondicionamiento físico personalizado y progresivo de las personas mayores, conformando un plan de manejo en casa y de participación en grupos.
20. Coordinará el desarrollo de acciones en APS, en materia de educación física, dando cumplimiento a los aspectos señalados en el Programa de Envejecimiento Saludable.
21. Participará en acciones de fomento de actividad física en personal del módulo gerontológico, ECOS para el bienestar y salas de espera en consulta externa donde se encuentren personas mayores.
22. Efectuará los registros de las acciones realizadas, durante su jornada de labores, y realizará los informes técnicos o de productividad que le sean requeridos periódicamente por la autoridad competente.

23. Participará en cursos de capacitación y actualización continua en materia de educación para la salud, alimentación y cuidado de la nutrición que debe observarse en el caso de las personas mayores.

Flujograma de atención del Equipo Transdisciplinario



12. Proceso de Supervisión, Acreditación y Reacreditación

La supervisión, acreditación y reacreditación de los Módulos Gerontológicos es parte fundamental del Programa de Envejecimiento Saludable para garantizar la calidad del servicio. Este Proceso está desarrollado con el fin de que las unidades médicas logren brindar atención con calidad a las personas mayores.

El proceso se desglosa e ilustra en un flujograma presente en la **Guía para la Supervisión y Acreditación de los Módulos Gerontológicos**.

13. Iniciativa DALE/Dementia Friends

La iniciativa DALE/Dementia Friends se suma de forma escalonada a los Módulos Gerontológicos a través de sesiones informativas presenciales. La campaña DALE al Ataque Cerebro Vascular, Resiste Cerebro, consiste en la difusión y promoción de una nemotecnia que ayude a la población a identificar los signos y síntomas de inicio temprano de un posible Evento Vascular Cerebral de manera que se busque atención médica *inmediata*.

Dementia Friends es la mayor iniciativa de la historia para cambiar la percepción de las personas sobre la demencia, con el objetivo de transformar la forma en que una nación piensa, actúa y habla sobre esta condición. El estigma y la falta de comprensión hacen que muchas personas en esta condición experimenten soledad y exclusión social, por lo que Dementia Friends pretende abordar dicha situación creando comunidades que sean amigables e incluyentes con las personas que viven con demencia, familias y personas cuidadoras.

14. Acompañamiento Telefónico Gerontológico

La estrategia de Acompañamiento Telefónico Gerontológico forma parte de ECOS para el Bienestar, apoya al seguimiento y el acercamiento con las personas mayores que por motivos epidemiológicos, sociales o de salud no pueden asistir oportunamente a la atención presencial. Es una estrategia que apoya al tamizaje de probables trastornos como COVID-19 o de salud mental.

Las actividades realizadas dentro de esta estrategia deberán reportarse oportunamente a través de la Subdelegación Médica correspondiente y de acuerdo con el calendario establecido y en el formato Excel integrado a la Carpeta de Envejecimiento Saludable disponible en la siguiente liga:

[Carpeta EnveSal](#)

15. Mecanismos de monitoreo

Unidad de Medida	Medición	Descripción
Consulta Gerontológica de 1ª vez	2 por hora	2 Consultas de 1ª. vez por 1 hora, el tiempo es de 30 minutos por consulta.
Consulta Gerontológica Subsecuente	2 por hora	2 Consultas Subsecuentes por 1 hora, el tiempo es de 30 minutos por consulta
Paciente de 1ª. vez atendido en Módulo Gerontológico	40 por mes	40 Pacientes de 1ª vez atendidos en el Módulo, al mes. (como mínimo)
Cédulas de Tamizaje sobre Envejecimiento	1 por consulta de 1ª vez	1 Cédula por cada consulta de 1ª vez. El No. Cédulas de Tamizaje sobre Envejecimiento puede ser mayor al número de consultas de 1ª vez considerando las revaloraciones.
Sesiones de Terapia Física	2 por hora 6 por paciente atendido	6 Sesiones de Terapia Física por tratamiento indicado por cada paciente atendido en Área de Apoyo Funcional. El No. de terapias reportadas debe ser igual al número de pacientes atendidos por 6 sesiones, es decir cada paciente debe recibir al menos 6 terapias por tratamiento (en caso contrario deberá plasmarse el motivo de no cumplimiento en el formato de registro del área de apoyo funcional (anexo G).

Nota: Las terapias otorgadas a cada paciente no deberán exceder de 30 sesiones por patología. En caso de que el paciente no mejore con dicho número de sesiones, el médico gerontólogo o responsable del área de Apoyo Funcional deberá enviar al paciente al segundo nivel de atención.



16. Promoción de programas preventivos

Existen acciones importantes durante el curso de vida que fortalecen el envejecimiento saludable, por lo que se deberá realizar promoción a la población de sus áreas respectivas en los programas preventivos, contenidos en el Prontuario de programas preventivos 2023.

17. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. 2020.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda. 2020.
3. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica en México. 2021.
4. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Anuario Estadístico 2019-2022.
5. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Guía Operativa No. 35 Módulos de reagendamiento de cita en Unidades Médicas del ISSSTE. 2023.
6. King G, Strachan D, Tucker M, Duwyn B, Desserud S, Shillington M, La Aplicación de un Modelo Transdisciplinar para Servicios de Atención Temprana. Universidad de Murcia (s.a)
7. Kopf A, Patel N. Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos IASP Washington D.C. 2010.
8. Heder L. El arte de envejecer. En Laforest J. y Cols., Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991.pp.172-185.
9. Envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. Miller Ra. The Biology of aging and longevity, en Hazzard.
10. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington D.C. EUA. EUA. 3 ed. 2003.p. 1-400.
11. INAPAM, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Por una Cultura del Envejecimiento, México. (2010).



12. Salgado, A., Guillen., Manual de Geriatría, ed. Salvat, (1992) España.
13. Montes de Oca, V., Familia, sociedad y vejez. Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. Demos, (20019, (pp.34-35).
14. Rodríguez García, Rosalía, Lazcano Botello, Guillermo, Practicas de la Geriatría, Mcgraw-Hill Interamericana, (2007).
15. Salgado, A. y Guillén, F., Manual de Geriatría. Serie Manuales Espiral, Salvat, (1992).
16. Guillén L., Pérez J., Petidier R., (2008). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona, España: Edit. Elsevier Masson., 2ª. Ed.

18. Anexos

Anexo A. Cédula de evaluación al área de apoyo funcional

DELEGACIÓN:

UNIDAD MÉDICA:

NOMBRE (S):

AÑO:

	CONCEPTO	VALOR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	¿Conoce el Programa de ENVESAL y el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona Mayor ?	6.5												
2	Registra de forma adecuada la cantidad de usuarios que se atienden, el número de sesiones otorgadas y terapias que realiza.	6.5												
3	Se seleccionarán 5 expedientes al azar para comprobar si cuenta con su Hoja de Referencia y Consentimiento Informado debidamente requisitado	6.5												
4	¿Se lleva algún registro del mantenimiento preventivo y correctivo que requieren los equipos asignados al Área de Apoyo Funcional? (evidencia)	6.5												
5	¿Existe orden en el área asignada?	6.5												
6	¿Existe limpieza en el área asignada?	6.5												
7	Existen medidas o protocolos de bioseguridad para evitar la transmisión de infecciones, en especial todas las respiratorias	6.5												
8	¿Ha realizado acciones de mejora para la calidad de atención del servicio? (Evidencia mensual)	8												
9	¿Conoce y cuenta en impreso o electrónico los indicadores actuales del programa? (avance mensual)	6.5												
10	¿Se cuenta con el manual del usuario o instructivo del Kit básico de rehabilitación que fue asignado al área de Apoyo Funcional?	6.5												
11	¿Se encuentra presentable, bien uniformado?	6.5												
12	¿Se encuentra debidamente identificado (con gafete)?	6.5												
13	¿Cuenta con tarjetero o bitacora de registro de pacientes?	6.5												
14	¿Trata con amabilidad y respeto a las personas mayores dentro del área laboral? (preguntar a usuarios)	6.5												
15	Realiza vinculación para la agenda de citas y Acompañamiento Telefónico Gerontológico. (evidencia)	7.5												
TOTAL DE LA EVALUACIÓN		100												

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL EVALUADO	

NOTA: Cada numeral o pregunta cuenta con un puntaje estimado de 6.5 a 8 para sumar un total de 100 puntos.

Anexo B. Cédula de Tamizaje

ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO		TAMIZAJE SOBRE ENVEJECIMIENTO		Delegación: Clave de la Unidad: Clave del Doctor:	FECHA: día/ mes/ año Hora de inicio: Hora de terminación:
Cédula de aplicación a Personas Mayores, por profesionales con conocimientos en Gerontología				Nombre de la Unidad Médica:	
I. Identificación del perfil del paciente				B. ¿Alguien cuida de usted? 1) NO 2) SÍ 3) No sabe / No se acuerda	
1. Nombre Completo: Apellido Materno Apellido Materno Nombre				C. ¿Quién?	
A. Número de Expediente:				9. ¿Usted se ocupa de cuidar a alguien? 1) NO 2) SÍ	
B. Género: 1) Hombre 2) Mujer				A. ¿A quién?	
C. Edad: años D. Peso: Kg. E. Talla:				10. ¿Tiene algún problema en su memoria? 1) NO 2) SÍ	
F. Ocupaciones:				A. ¿Cuál es?	
G. Teléfono:				Aplicar pruebas cognitivas (reloj, moneda, repetir palabras)	
H. Jubilado o Pensionado: 1) NO 2) SÍ J. ¿Cuándo?				11. ¿Está triste? 1) NO 2) SÍ	
K. ¿Cuál es su ingreso mensual?				A. ¿Por qué?	
L. ¿Qué nivel de independencia económica tiene? 1) Independiente 2) Parcialmente Independiente 3) Dependiente				Aplicar escala de GDS	
M. En caso de ser dependiente, ¿De quién (es) ? 1) Pareja 4) Hermanos 2) Padres 5) Otros familiares 3) Hijos 6) Otros:				12. ¿Tiene miedo? 1) NO 2) SÍ A. ¿Ha tenido pérdidas? 1) NO 2) SÍ B. ¿Cuáles?	
N. ¿Con quién vive? 1) Pareja 4) Hermanos 2) Padres 5) Otros familiares 3) Hijos 6) Otros:				13. ¿Qué tal come? 1) Bien 2) Mal Aplicar escala de riesgo de nutrición	
Ñ. ¿De quién es el lugar donde vive? 1) Propio 2) De alguien más:				14. ¿Qué tal duerme? 1) Bien 2) Mal	
O. El paciente sufre de aislamiento social: 1) NO 2) SÍ				15. ¿Tiene problemas para ver bien? 1) NO 2) SÍ A. ¿Tiene problemas para escuchar? 1) NO 2) SÍ	
P. Acciones ante esta situación:				16. ¿Tiene problemas con la boca? 1) NO 2) SÍ 17. ¿Ha tenido problemas con la orina? 1) NO 2) SÍ A. Incontinencia 1) NO 2) SÍ B. Otros:	
II. Condiciones actuales:				18. ¿Tiene problemas con la digestión? 1) NO 2) SÍ A. ¿Cuáles?	
2. Diagnósticos conocidos:				IV. Vacunas y Pruebas	
3. Medicamentos que toma:				19. Vacunas (acorde a CNS) 1) NO 2) SÍ A. ¿Cuáles?	
4. Queja principal:				20. Exploración mamaria (fecha) 1) NO 2) SÍ	
III. Evaluación del paciente:				21. Otología (fecha) 1) NO 2) SÍ	
5. ¿Tiene problemas familiares? 1) NO 2) SÍ A. ¿Cuáles?				22. Antígeno Prostático (fecha) 1) Bien 2) Elevado	
6. ¿Qué actividades ya no es capaz de hacer?				V. Riesgos Identificados	
Aplicar Escala de Funcionalidad				23. Diabetes Mellitus 31. Depriv. Sensorial	
7. ¿Tiene dificultades para caminar? 1) NO 2) SÍ				24. Cardiovasculares 32. Polifarmacia	
A. ¿Se ha caído últimamente? 1) NO 2) SÍ				25. Cerebrovasculares 33. Abatimiento funcional	
Aplicar la escala de Tinetti				26. Cáncer 34. Institucionalización	
8. ¿Necesita que alguien lo cuide? 1) NO 2) SÍ				27. Pulmonares 35. Hospitalizaciones repetidas	
A. ¿Cómo?				28. Demencias 36. Caídas	
				29. Depresión 37. COVID 19	
				30. Aislamiento 38. Otros:	
				VI. Acciones recomendadas:	
				VII. Revaloración en 3 meses 6 meses 9 meses	



Anexo C. Historia Clínica Gerontológica

Historia Clínica Gerontológica

(Psicológica, Social, Funcional, Cognoscitiva)

Nombre del Paciente _____

Fecha: ____ de ____ de 202__

Exp.: _____

DATOS GENERALES:

EDAD: ____ AÑOS
SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
ESTADO CIVIL: _____
OCUPACIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____
RELIGIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____
COLONIA: _____ TELEFONO: _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

PADRE VIVO: SI ____ NO ____
MADRE VIVA: SI ____ NO ____
CONYUGE VIVE: SI ____ NO ____
NUM. HIJOS VIVOS: ____ NUM. HIJOS FALLECIDOS: ____
FAMILIAR MAS CERCANO: _____

CAUSA DE DEFUNCIÓN EN SU CASO: _____
CAUSA DE DEFUNCIÓN EN SU CASO: _____
CAUSA DE DEFUNCIÓN EN SU CASO: _____
CAUSA DE DEFUNCIÓN EN SU CASO: _____
NUM. TEL. DEL FAMILIAR MAS CERCANO: _____

ANTECEDENTES LABORALES:

LABORA ACTUALMENTE: SI ____ NO ____ EN CASO AFIRMATIVO CUÁNTAS HORAS: _____
TIPO DE TRABAJOS QUE REALIZO ANTERIORMENTE: _____
FUENTES DE INGRESO ACTUALES: _____
DEPENDENCIA SI/NO: _____ EN CASO AFIRMATIVO DE QUIEN _____

CONDICIONES DE VIVIENDA:

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA: _____ RENTADA: _____ OTRA: _____
HABITACION: PROPIA: _____ COMPARTIDA: _____ NUM. DE PERSONAS QUE LA COMPARTEN: _____
SERVICIOS URBANOS: AGUA: _____ LUZ: _____ DRENAJE: _____ BAÑO: _____ VENTILACIÓN: _____
CONDICIONES HIGIÉNICAS DE LA VIVIENDA: _____

PATRONES DE ESTILO DE VIDA:

PROBLEMAS PARA DORMIR: SI ____ NO ____ NUMERO DE HORAS QUE DUERME: _____
MICCIÓN: _____ NUM. DE VECES: _____ EVACUACIÓN FECAL: _____ NUM. DE VECES: _____
CUANTAS VECES TOMA ALIMENTO AL DÍA: _____
REALIZA EJERCICIO: SI ____ NO ____ CUAL: _____ CADA CUANDO: _____
ACTIVIDADES RECREATIVAS: _____ VIAJES: _____ LECTURA: _____ OTRAS: _____
MANEJA PROTESIS U ORTESIS O ALGUN OTRO SISTEMA DE APOYO _____ MOTIVO: _____

ENFERMEDADES ANTECEDENTES Y ACTUALES:

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA: _____
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS Y OTRAS: _____
PADECIMIENTOS ACTUALES: _____

ANTECEDENTES DE CAIDAS:

FACTORES DE RIESGO INTRINSECO: (SÍNCOPE, MAREO, HIPOTENSIÓN, ENF. REUMATICAS, ENF. NEUROLÓGICAS, PROBLEMAS DE PIES, OTROS) _____
FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS: (FALTA DE ILUMINACIÓN, PISO RESBALOSO, ESCALERAS EN MAL ESTADO, FALTA DE AGARRADERAS SALIENTES, VICIOS ARQUITECTÓNICOS OCULTOS, OTROS) _____
INGRESO HOSPITALARIO, MOTIVO Y FECHA: _____
INTERVENCIÓN QUIRURGICA, MOTIVO Y FECHA: _____

MEDICACIÓN:

FARMACO	DOSIS	FRECUENCIA	DESDE CUANDO	ÚLTIMA TOMA

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO TRATANTE





Anexo D. Formato de Línea de vida

Nombre:

Fecha:

Antecedentes Heredo-familiares	Mediadores (factores que perpetúan las condiciones actuales)	
	Detonantes (factores desencadenantes de las condiciones actuales o que lo exacerban)	
Personales no patológicos		Nacimiento (Diagnóstico, signos y síntomas por cronología de aparición)
		Infancia
		Adolescencia
		Adulthood
		Vejez
Personales patológicos		Condición actual





Anexo E. Hoja de referencia al área de apoyo funcional

Hoja de Referencia al Área de Apoyo Funcional (Remite Módulo Gerontológico)

Nombre del Paciente: _____ Fecha: a _____ de _____ de 20____ Exp.: _____

DATOS GENERALES:

EDAD: _____ AÑOS	NOMBRE DEL MEDICO QUE DERIVA AL PACIENTE: _____ _____
OCUPACIÓN: _____	
DIRECCIÓN: _____	DIAGNOSTICO MEDICO PARA LA REFERENCIA A TERAPIA : _____ _____
COLONIA: _____ NUM.TEL. _____	
NOMBRE DEL FAMILIAR O CUIDADOR QUE LE ACOMPAÑA: _____ _____	NO. DE SESIONES RECOMENDADAS: _____ _____

VALORACION Y DIAGNÓSTICO MÉDICO:

PRONÓSTICO Y FACTORES DE RIESGO:

TRATAMIENTO Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

EQUIPO O DISPOSITIVO	No. SESIONES	AREA ESPECIFICA	MODO DE APLICACIÓN	INTENSIDAD PARAMETROS	DURACION POR SESION	FRECUENCIA	PROTOCOLO O DOSIFICACIÓN
TIPO EJERCICIO	DESCRIPCION DEL EJERCICIO	FRECUENCIA POR SEMANA	DURACION	REPETICIONES O SERIES	INTENSIDAD	RESTRICCIONES	OBSERVACIONES

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZARÁ LA TERAPIA





Anexo F. Hoja de Consentimiento Informado

Hoja de Consentimiento Informado para el Área de Apoyo Funcional

Ciudad de México a _____ de _____ 20_____.

Nombre del Paciente: _____ **Exp.:** _____

Por este medio **DECLARO** y **MANIFIESTO**, en pleno uso de mis facultades mentales y derechos universales, libre y de manera espontánea, en consecuencia, autorizo a (el) (la) Médico (a) _____, para que junto con el equipo transdisciplinario me realicen los tratamientos necesarios, con base a los siguientes hechos:

1. He sido informado(a) y comprendo la necesidad y fines de recibir atención, así como, de las alternativas de tratamiento.
2. Acepto la realización de cualquier prueba de complementación diagnóstica, necesaria para mi tratamiento, incluyendo estudios de gabinete e interconsultas.
3. Se me informó sobre la aplicación de la estimulación eléctrica neuromuscular con el TENS para el fortalecimiento muscular y analgesia.
4. Se me ha explicado el objetivo principal de los tratamientos de rehabilitación y reacondicionamiento físico requeridos para eliminar el dolor, mejorar el funcionamiento, proteger las articulaciones y reactivar músculos.
5. Asimismo, se me ha explicado la posible aparición de una mayor percepción de la sensibilidad, misma que puede persistir o remitir de manera espontánea. Por otra parte, en los casos en que se vea afectada la funcionalidad, puede ser necesario el tratamiento especializado.
6. También se me ha informado que todo procedimiento de rehabilitación, pudiera conllevar algunas complicaciones comunes, que pueden requerir de tratamientos complementarios, tanto médicos, como quirúrgicos, que bajo ciertas condiciones de enfermedad (diabetes, hipertensión arterial sistémica, anemia, edad avanzada, obesidad, entre otros) así como algunos materiales utilizados en cirugías previas (material de osteosíntesis, marcapasos, etc) pueden aumentar los factores de riesgo y complicaciones.

Por lo anterior, comprendo las explicaciones de las que he sido informado, con un lenguaje sencillo y comprensible, por lo que, el personal del área que me brindará la atención me ha permitido expresar mis dudas, aclarándolas de manera precisa.

Por ello, manifiesto que ha sido de mi entera satisfacción la información y orientación recibida, comprendiendo el alcance y riesgos del tratamiento.

Nombre y firma del paciente o tutor

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del testigo 2

Nota: En el caso de los testigos, algún integrante del equipo transdisciplinario u otro personal de la unidad médica puede firmar como testigo, previa autorización del paciente.

Anexo G. Formato de Registro de Terapias de Apoyo Funcional

Registro de Terapias de Apoyo Funcional	Hoja:	1/3
	Versión:	I

I. Identificación del paciente.

Primer apellido		Segundo apellido		Nombres			
1.1		1.1		1.1			
Fecha de nacimiento 1.2		Edad 1.3		Antecedentes 1.6			
Género 1.4		Alergia 1.5		Alteraciones de sensibilidad		Enfermedad cardiovascular	
Femenino		Masculino		Cáncer		Epilepsia	
		Somatometría 1.7		Diabetes Mellitus		Hipertensión Art. Sistémica	
		Peso		Marcapasos		Prótesis metálicas.	
		Talla					
Nombre del Acompañante 1.8				Dermatopos.		I	II
						III	IV

Diagnóstico Médico. 1.9	No. de Expediente. 1.10	Número de ciclo. 1.11				
		6	12	18	24	30

II. Sesión terapéutica.

Sesión 1	Fecha: 2.1	Evaluación de riesgo de caídas 2.2			Bajo: 0-1	Medio 2-3	Alto: >3
Signos vitales 2.3					Valoración de enfermería. 2.4		
TA (mmHG)	FC (X min)	FR (x min)	Temp. (C°)	Spo2	Glucometría Capilar	Escala Visual Análoga de dolor	
						0 -----5-----10	
Tratamiento 2.5					Complemento de la terapia 2.6		
Electroterapia	Ultrasonido	Termoterapia					
Protocolo/Dosificación	Protocolo/Dosificación	Modalidad	Observaciones 2.7				
Nombre y firma de quien valora 2.8							

Registro de Terapias de Apoyo Funcional	Hoja:	2/3
	Versión:	I

Sesión 2	Fecha: 2.1		Evaluación de riesgo de caídas 2.2	Bajo: 0-1	Medio 2-3	Alto: >3
Signos vitales 2.3				Valoración de enfermería. 2.4		
TA (mmHG)	FC (X min)	FR (x min)	Temp. (C°)	Spo2	Glucometría Capilar	Escala Visual Análoga de dolor 0 -----5-----10
Tratamiento 2.5				Complemento de la terapia 2.6		
Electroterapia	Ultrasonido	Termoterapia		Observaciones 2.7		
Protocolo/Dosificación	Protocolo/Dosificación	Modalidad				
		Dosificación:				
Nombre y firma de quien valora 2.8						

Sesión 3	Fecha: 2.1		Evaluación de riesgo de caídas 2.2	Bajo: 0-1	Medio 2-3	Alto: >3
Signos vitales 2.3				Valoración de enfermería. 2.4		
TA (mmHG)	FC (X min)	FR (x min)	Temp. (C°)	Spo2	Glucometría Capilar	Escala Visual Análoga de dolor Inicial Final
Tratamiento 2.5				Complemento de la terapia 2.6		
Electroterapia	Ultrasonido	Termoterapia		Observaciones 2.7		
Protocolo/Dosificación	Protocolo/Dosificación	Modalidad				
		Dosificación:				
Nombre y firma de quien valora 2.8						

Sesión 4	Fecha: 2.1		Evaluación de riesgo de caídas 2.2	Bajo: 0-1	Medio 2-3	Alto: >3
Signos vitales 2.3				Valoración de enfermería. 2.4		
TA (mmHG)	FC (X min)	FR (x min)	Temp. (C°)	Spo2	Glucometría Capilar	Escala Visual Análoga de dolor 0 -----5-----10
Tratamiento 2.5				Complemento de la terapia 2.6		
Electroterapia	Ultrasonido	Termoterapia		Observaciones 2.7		
Protocolo/Dosificación	Protocolo/Dosificación	Modalidad				
		Dosificación:				
Nombre y firma de quien valora 2.8						

Registro de Terapias de Apoyo Funcional

Hoja: 3/3
Versión: I

Sesión 5	Fecha: 2.1		Evaluación de riesgo de caídas 2.2		Bajo: 0-1	Medio 2-3	Alto: >3
Signos vitales 2.3					Valoración de enfermería. 2.4		
TA (mmHG)	FC (X min)	FR (x min)	Temp. (C°)	Spo2	Glucometría Capilar	Escala Visual Análoga de dolor 05.....10	
Tratamiento 2.5					Complemento de la terapia 2.6		
Electroterapia	Ultrasonido	Termoterapia					
Protocolo/Dosificación	Protocolo/Dosificación	Modalidad	Observaciones 2.7				
			Dosificación:				
Nombre y firma de quien valora 2.8							

Sesión 6	Fecha: 2.1		Evaluación de riesgo de caídas 2.2		Bajo: 0-1	Medio 2-3	Alto: >3
Signos vitales 2.3					Valoración de enfermería. 2.4		
TA (mmHG)	FC (X min)	FR (x min)	Temp. (C°)	Spo2	Glucometría Capilar	Escala Visual Análoga de dolor 05.....10	
Tratamiento 2.5					Complemento de la terapia 2.6		
Electroterapia	Ultrasonido	Termoterapia					
Protocolo/Dosificación	Protocolo/Dosificación	Modalidad	Observaciones 2.7				
			Dosificación:				
Nombre y firma de quien valora 2.8							

Observaciones del ciclo terapéutico.

--

Instructivo para el llenado del Formato de Registro de Terapias de Apoyo Funcional

Utilizar tinta color **azul** para el turno **matutino** y **verde** para el turno **vespertino**, no escribir con tinta de gel.

1. Identificación del Paciente

- 1.1. Se deberá anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre o nombres sin abreviaturas
- 1.2. Fecha de nacimiento iniciando con el día/mes/año (ejemplo: 21/01/1971)
- 1.3. La edad se representará con números arábigos (ejemplo: 40 años)
- 1.4. Se colocará una X acorde al género identificado
- 1.5. Con tinta de color rojo se anotará el tipo de alergia en caso de que exista
- 1.6. Se colocará una X en el cuadro correspondiente el antecedente médico que presente el usuario
- 1.7. En el recuadro de Somatometría se anotará con número y unidad en kilogramos el peso y en centímetros la talla
- 1.8. El acompañante de la persona mayor deberá colocar en el recuadro correspondiente su nombre completo y parentesco sin abreviaturas y con letra legible.
- 1.9. Colocar el diagnóstico médico por el que es enviado al módulo de apoyo funcional.
- 1.10. Anotar el número de expediente de la persona mayor que es el RFC con el número de derechohabiente (BOR1710121/2)
- 1.11. Marcar con una X el número de ciclo en el que se encuentra la persona mayor.

2. Sesión Terapéutica

- 2.1. Se deberá colocar la fecha de la primera sesión, iniciando con el día, mes y año (29/05/2024)
- 2.2. Realizar la evaluación del riesgo de caídas de la persona mayor acorde a la Escala de Downton
- 2.3. En el apartado de Signos Vitales colocar las cifras que se detectaron a la persona mayor, la (T/A: 120/80 mm/Hg. FC: 80 ltm; FR: 20 rpm: Temperatura: 36 grados centígrados; Saturación de Oxígeno 98%) (en caso de presentar signos vitales con alteraciones se consultará con el médico/a gerontólogo.
- 2.4. En la Valoración de enfermería deberá anotarse la glicemia capilar (110 mg/dl), realizar la evaluación de EVA inicial y final de la sesión (se colocará sobre la recta y se identificará inicial con I y final con F donde 10 es el máximo dolor imaginable y 0 es sin dolor (en caso de presentar glicemia descontrolada deberá informar y referir al médico/a gerontólogo.

NOTA: En pacientes no comunicativos, las evaluaciones del dolor existente serán basadas primordialmente en indicios conductuales (expresión facial, actividad diaria, reacciones emocionales, el efecto del consuelo y reacciones vegetativas).

- 2.5. Señalar el tipo de tratamiento indicado por el médico gerontólogo para su atención de la persona mayor.
- 2.6. Colocar el complemento de la terapia elegida.
- 2.7. Anotar si surgió algún evento importante durante la terapia que se realizó a la persona mayor, con letra legible, sin tachaduras, ni enmendaduras, y con el color de tinta acorde al turno.
- 2.8. Colocar el nombre completo del profesional de enfermería que aplicó la terapia, sin omitir ningún dato, así como, la firma.

NOTA: Esto se deberá anotar en cada una de las sesiones a las que acuda la persona mayor.

3. Observaciones del ciclo terapéutico

- 3.1. En este apartado se realizará el informe relacionado con el Progreso del paciente, respuestas o evolución al tratamiento, cambios en las medidas funcionales, reducción del dolor, mejoras en la movilidad, si se presentó algún evento adverso durante la terapia, causas y/o motivos de suspensión de tratamiento en caso necesario.

Anexo H. Profesiogramas

PUESTO: Médico Gerontólogo (Médico General o Méd. Esp. Familiar)		Nivel: “A”, “B”, ó “C”, (6hs.y 8 hs.)
REQUISITOS DEL PUESTO:		NIVEL DE DEPENDENCIA:
-Título y Cédula Profesional de Médico General y/o Familiar, con estudios adicionales relativos a la atención y cuidado de la salud del adulto mayor.	Ascendente: Encargado del Programa en Subdelegación Médica Director de unidad médica Subdirector Médico Coordinador de consulta externa.	
-Constancia de aprobación de Diplomado en Gerontología Médica, preferentemente impartido por el ISSSTE, o alguna Institución con reconocimiento oficial.	De Coordinación: Personal de enfermería pasante, practicantes, estudiantes o técnicos en enfermería. Descendentes: área de apoyo funcional, residentes, pasantes, estudiantes	
-Experiencia de al menos 2 años como Médico Familiar o General en la consulta externa y experiencia en la atención de Personas Mayores.	Colaterales: Médicos Familiares, Gerontólogos u Otros Especialistas.	
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES:		
<ul style="list-style-type: none">✓ Coordinar las actividades y acciones del Módulo Gerontológico.✓ Atender la consulta de personas mayores, especialmente con fragilidad y en riesgo de abatimiento funcional✓ Realizar la debida valoración médica integral, así como la exploración física correspondiente para determinarse su diagnóstico y tratamiento.✓ Describir el plan individualizado de tratamiento requerido y prescribir medicamentos de acuerdo con diagnóstico y pronóstico de salud, e informar al paciente y/o familiar, en forma clara y precisa.✓ Registrar las acciones practicadas a cada paciente, en el expediente clínico y en la documentación médica que corresponda, en apego a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico y otras disposiciones normativas.✓ Dar cumplimiento a los indicadores vigentes establecidos en el Programa de Envejecimiento Saludable, tanto en lo relativo a consultas gerontológicas, como sesiones de terapia física.✓ Concentrar el informe mensual relativo a productividad en la atención de la persona mayor y reportarlo en línea mediante el SIEMP (Sistema de información Estadística de Medicina Preventiva).✓ Fomentar una Cultura por la Salud que impulse al derechohabiente al autocuidado y ofrecer información relativa a los programas de promoción y prevención de enfermedades, así como cursos, talleres, pláticas, etc.✓ Realizar y/o coordinar y supervisar la atención a domicilio que requiera alguna persona con limitación funcional..✓ Organizar los grupos de ayuda mutua y círculos de apoyo, así como las actividades de divulgación pública de temas sobre envejecimiento.✓ Capacitar y sensibilizar a otros miembros del equipo de atención a la salud del adulto mayor.✓ Organizar cursos y sesiones con temas gerontológicos.		
RESPONSABILIDADES:		
<ul style="list-style-type: none">✓ Coordinar y supervisar actividades del Módulo gerontológico, interactuar con el equipo multidisciplinario, así como participación en eventos de prevención y promoción a la salud de las personas mayores.✓ Elaborar el Programa de actividades del Módulo Gerontológico, en colaboración con el equipo de salud asignado al Módulo.✓ Promover la labor docente en su unidad con apoyo de las autoridades en la unidad y con el respaldo del Departamento encargado del programa en la Dirección Médica.✓ Realizar la farmacovigilancia mediante el monitoreo de reacciones adversas, cantidad de medicamentos suministrados, consumo por automedicación, etc		

PUESTO: Enfermera General o Especialista “A” o “B”(Enf. Gerontogeriatra o Especialista en Gerontología, o con capacitación Gerontológica)	Nivel y Subnivel: “A”, “B”, “C” 6.30 y 8:00 hs.
REQUISITOS DEL PUESTO:	NIVEL DE DEPENDENCIA:
-Título y Cédula Profesional de enfermería General o especialista.	Ascendente: Director de unidad médica, Subdirector Médico, Coordinador de Consulta externa, Médico, Gerontólogo, Jefe, subjefe o Coordinador de Enfermería
-Constancia de aprobación de Diplomado en Gerontología Médica, preferentemente impartido por el ISSSTE, o alguna Institución con reconocimiento oficial.	Descendente: Personal de enfermería pasante, practicantes, estudiantes o técnicos en enfermería.
-1 año de experiencia en la atención de personas mayores.	Colaterales: Gericultista, personal de enfermería, psicología, nutrición, terapia física
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validar los Criterios de Inclusión y referencia para pacientes incluidos en la consulta gerontológica. ✓ Aplicar Cédula de Tamizaje sobre Envejecimiento. ✓ Identificar los riesgos de salud y de problemas relacionados con el envejecimiento y emprender las acciones requeridas para modificarlos. ✓ Realizar acciones de clinimetría y de apoyo funcional (en caso necesario) de acuerdo con las indicaciones del Médico Gerontólogo, y las técnicas en gericultura que sean requeridas. ✓ Otorgar acciones de Atención Integral de acuerdo con la normatividad establecida en el Programa de Envejecimiento Saludable. ✓ Realizar las actividades contenidas en la Cartilla Nacional de Salud de la Persona Mayor y registrarlas en la misma. ✓ Aplicar las Escalas de Valoración Gerontológica, indicadas por el Médico tratante, de acuerdo con los síndromes geriátricos que presente cada paciente. ✓ Identificar los riesgos de salud y de problemas relacionados con el envejecimiento y emprender las acciones requeridas para modificarlos. ✓ Participar en capacitación continua del equipo transdisciplinario de salud así como realizar labores de educación a la comunidad, apoyo a familiares para los cuidados y manejo del cuidador. ✓ Coordinar los Grupos de Ayuda Mutua y Círculos de Apoyo y orientar respecto a la importancia de participar en estos grupos. ✓ Participar en la gestión de la capacitación a familiares y personas cuidadoras. ✓ Orientar al derechohabiente respecto su autocuidado, promoción de la salud y prevención de enfermedades, realizar plan de cuidados basado en la interrelación NANDA, NOC Y NIC ✓ Realizar registros clínicos de enfermería acorde a la Norma 	
RESPONSABILIDADES:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debe recibir con amabilidad y profesionalismo al paciente referido al Módulo e iniciar el tamizaje y evaluación geriátrica multidimensional. ✓ Debe promover el Programa de Envejecimiento Saludable y de Atención Integral al derechohabiente. ✓ Promover y aplicar las acciones de promoción y educación a la salud. ✓ Debe integrar la base de datos de los pacientes atendidos en el Módulo y de los procesos de atención integral. ✓ Debe realizar los registros que correspondan en expediente y otros formatos de atención médica, e integrar el informe de labores y productividad diaria y mensual. ✓ Debe participar en la elaboración del Programa de Actividades del Módulo Gerontológico. ✓ Dar cumplimiento a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo, así como a la normatividad oficial envigor, en materia de Enfermería y atención al Envejecimiento. 	

PUESTO: Trabajadora Social en Área Médica	Nivel y Subnivel: "A" o "B" 6.30 y 8:00 hs. (15 / 9)
REQUISITOS DEL PUESTO:	NIVEL DE DEPENDENCIA:
-Título y Cédula Profesional de Lic. en Trabajo Social	Ascendente: Director de unidad médica, Subdirector Médico.
-Constancia de aprobación de Diplomado en Gerontología básica, preferentemente impartido por el ISSSTE, o alguna Institución con reconocimiento oficial.	Descendente: Personal pasante, practicantes, estudiantes o técnicos en Trabajo Social
-2 Años de experiencia como Trabajador (a) Social en Primer Nivel de Atención, y un año por lo menos en la atención de pacientes Adultos Mayores.	Colaterales: Gericultista, personal de enfermería, psicología, nutrición, terapia física
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar entrevista social y estudios socioeconómicos a los derechohabientes, con el fin de conformar un Diagnóstico Situacional para el adecuado manejo de diversas situaciones o problemáticas que enfrenten los adultos mayores, tales como; abandono, soledad, disfunción familiar, síndrome de maltrato, discriminación etc. ✓ Realizar visitas domiciliarias, tomando en cuenta el diagnóstico social o bien a solicitud del responsable del Módulo Gerontológico. ✓ Establecer enlace con otros servicios, tales como Atención al Derechohabiente, Medicina Preventiva, Psicología, Prestaciones Económicas y Sociales, otras Unidades Médicas de 2º o 3er. nivel, etc. para facilitar el seguimiento en la prestación de otros servicios al Adulto Mayor. ✓ Definir estrategias para la simplificación y oportunidad en los trámites para la obtención de diversos servicios al adulto mayor, y orientar acciones que promuevan el cuidado de su salud y el mejoramiento en su desarrollo social e integral. ✓ Programar y llevar a cabo acciones de colaboración integral, tales como la formación de grupos de autoayuda y círculos de apoyo, programas de capacitación a la comunidad, pláticas de orientación y promoción a la salud, etc. ✓ Coordinar y fomentar el desarrollo de acciones orientadas a la educación para la salud del Adulto Mayor, en apego a las líneas de acción contenidas en el Programa de Envejecimiento Saludable. ✓ Participar con el equipo de salud de la Unidad, en la elaboración y difusión de programas, pláticas educativas, talleres, periódicos murales, material audiovisual, etc. dirigidos al Adulto Mayor, en diversas materias tales como; orientación nutricional, higiene, enfermedades crónicas degenerativas, etc. ✓ Realizar los registros de las acciones practicadas y notas relevantes sobre la atención de trabajo social otorgada a cada paciente. ✓ Realizar los informes técnicos que le sean requeridos, respecto a la atención o seguimiento de casos de pacientes Adultos Mayores. 	
RESPONSABILIDADES:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debe mantener actualizado el directorio de redes sociales y unidades médicas de segundo y tercer nivel para efectos de Referencia y Contrarreferencia a pacientes. ✓ Debe atender con amabilidad y profesionalismo al derechohabiente adulto mayor y estar plenamente sensibilizado de sus necesidades de atención médica integral. ✓ Coordinarse con otras áreas o servicios afines en la Unidad, tales como Nutrición o Psicología, para fortalecer las acciones que contribuyan al adecuado seguimiento y tratamiento de los problemas específicos de carácter biopsicosocial que presenten los pacientes adultos mayores. ✓ Es responsabilidad de este puesto, fomentar el desarrollo de acciones que contribuyan a desarrollar una cultura por la salud, así como a la promoción y educación para la salud en cumplimiento a las acciones marcadas en el Programa de Envejecimiento Saludable y en la Estrategia Nacional de Salud. ✓ Dar cumplimiento a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo, así como a la normatividad oficial en vigor, en materia de Trabajo Social y atención al Envejecimiento 	

PUESTO: Terapista	Nivel y Subnivel: "A" o "B" 6.30 y 8:00 hs. (15 / 9)
REQUISITOS DEL PUESTO:	NIVEL DE DEPENDENCIA:
-Licenciatura en fisioterapia, gerontología, educación física o enfermería. -Educación Media Superior más Carrera Técnica de Terapista Físico o Terapista Ocupacional o Gericultista, con reconocimiento de validez oficial de estudios	Ascendente: Director de unidad médica, Subdirector Médico, Coordinador de Consulta externa, Médico, Gerontólogo.
-Constancia de aprobación de Diplomado en Rehabilitación básica, preferentemente impartido por el ISSSTE, o alguna Institución con reconocimiento oficial.	Descendente: Personal de enfermería pasante, practicantes, estudiantes o técnicos.
-2 Años de experiencia como Terapista en el Primer Nivel de Atención, y un año por lo menos en la atención de Personas Mayores.	Colaterales: Gericultista, personal de enfermería, psicología, nutrición, terapia física
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar al paciente para la aplicación de los diferentes tratamientos de rehabilitación, mostrando una actitud ética y con humanismo. ✓ Orientar al paciente sobre su tratamiento y en su caso enseñarle el manejo de aparatos ortésicos y protésicos. ✓ Analizar la hoja de indicaciones médicas, antes del tratamiento físico. ✓ Sugerir y coordinar con el personal médico gerontólogo las posibles adecuaciones del tratamiento de conformidad con la evolución del paciente. ✓ Cuantificar y registrar la evolución terapéutica de los pacientes al tratamiento prescrito por el personal médico gerontólogo. ✓ Aplicar las técnicas sobre el uso, limpieza, cuidado y mantenimiento (preventivo o correctivo) del equipo y accesorios. ✓ Elaborar informes sobre la evolución de los pacientes atendidos. ✓ Realizar otras actividades inherentes a su área. 	
RESPONSABILIDADES:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debe recibir con amabilidad y profesionalismo al paciente referido al Área de Apoyo Funcional. ✓ Debe promover el Programa de Envejecimiento Saludable y de Atención Integral al derechohabiente. ✓ Promover y aplicar las acciones de promoción y educación a la salud. ✓ Debe integrar la base de datos de los pacientes atendidos en el Área de Apoyo Funcional. ✓ Debe realizar los registros que correspondan en expediente y otros formatos de atención médica, e integrar el informe de labores y productividad diaria y mensual. ✓ Debe participar en la elaboración del Programa de Actividades del Módulo Gerontológico. ✓ Dar cumplimiento a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo, así como a la normatividad oficial en vigor, en materia de Rehabilitación, Funcionalidad y atención al Envejecimiento. 	

