

Protocolo ruta integral de atención de promoción y mantenimiento de la salud en la vejez, con la incorporación del gerontólogo*

Integral protocol for the promotion and maintenance of health care in old age, with the incorporation of the gerontologist

<https://doi.org/10.47286/01211463.618>

Eyised Andrea Ramírez Salazar¹ 

Laura Marcela Benjumea Gil²

Melissa Maturana Meneses²

Daniel Felipe Yepes²

Cómo citar en APA: Ramírez Salazar, E. A., Benjumea Gil, L. M., Maturana Meneses, M. y Yepes, D. F. (2025). Protocolo ruta integral de atención de promoción y mantenimiento de la salud en la vejez, con la incorporación del gerontólogo. *Revista Universidad Católica de Oriente*, 35(53), 74-93. <https://doi.org/10.47286/01211463.618>

* Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al equipo de la E.S.E. San Juan de Dios de Marinilla por su valioso apoyo y compromiso institucional. En especial, al gerente Germán Darío Vélez, a la directora científica Liliana María Gómez, al director médico Juan Alejandro Mora y a la enfermera de promoción y prevención Diana Cristina Gallego, por su disposición, colaboración y profesionalismo, fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

1 Investigadora, Gerontóloga, Magister en Salud Familiar. Docente asociada de la Universidad Católica de Oriente, Rionegro, Colombia. Grupo de investigación Atención Primaria en Salud, Facultad Ciencias de la Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8676-5172>.

2 Auxiliares de investigación. Facultad Ciencias de la Salud Programa de Gerontología. Universidad Católica de Oriente, Rionegro, Colombia.

Dirección de correspondencia: eramirez@uco.edu.co

Resumen

El presente artículo muestra los resultados de la implementación del “Protocolo ruta integral de atención de promoción y mantenimiento de la salud en la vejez, con la incorporación del gerontólogo” en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Marinilla (en adelante E.S.E.), entre los años 2023-2024. Si bien todas las IPS país cuentan con rutas de atención integral para la atención en la vejez, es la primera vez que se incorpora al equipo un gerontólogo como profesional experto en envejecimiento humano y vejez; esto significó el ajuste de la operación del protocolo existente en la (E.S.E.), anexando una valoración gerontológica integral, que permitiera identificar y evaluar los problemas, necesidades y capacidades de las personas mayores durante la consulta inicial, que se realiza de manera compartida por el profesional en gerontología y el médico, donde el gerontólogo aplicó los instrumentos de valoración por esferas (funcional, mental y social) y el médico evaluaba la esfera clínica. Para los ajustes del protocolo se requirió convocar al equipo que lideraba el programa de la vejez, identificar y priorizar los riesgos y eventos asociados, mapear acciones e intervenciones, revisar los resultados esperados y seleccionar las acciones e intervenciones de acuerdo con la ruta integral de atención (RIA). Poder determinar las buenas prácticas asistenciales actuales en el hospital y los aspectos a fortalecer, en este proceso se tuvo en cuenta la revisión de la evidencia científica relacionada con el tema. Todo lo anterior llevaría a la conclusión de la importancia de un gerontólogo en el equipo básico de salud que lidera el programa de la vejez como profesional experto en el envejecimiento humano y el cuidado de la persona mayor.

Palabras clave

Promoción de la salud, Intervenciones en salud Curso vida, Vejez, Valoración gerontológica integral, Atención primaria en salud.

Abstract

This article shows the results of the implementation of the “Protocol of the comprehensive care route for the promotion and maintenance of health in old age, with the incorporation of the gerontologist”, Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Marinilla (hereinafter E.S.E.), between the years 2023-2024. Although all the country's IPS, has comprehensive care routes for care in old age, it is the first time that a gerontologist is incorporated to the team, as a professional expert in human aging and old age; which meant the adjustment of the operation of the existing protocol in the (E.S.E.); This meant adjusting the operation of the existing protocol in the E.S.E., adding the comprehensive gerontological assessment, which allowed identifying and evaluating the problems, needs and capabilities of the elderly during the initial consultation, which is performed jointly by the gerontology professional and the physician; where the gerontologist applied the assessment instruments by spheres (functional, mental and social) and the physician evaluated the clinical sphere. In order to adjust the protocol, it was necessary to

convene the team leading the old age program, identify and prioritize risks and events, map actions and interventions, review the expected results, select actions and interventions according to the comprehensive care pathway (ruta integral de atención, RIA). In this process, the review of scientific evidence related to the subject was taken into account. All of the above would lead to the conclusion of the importance of a gerontologist, in the basic health team that leads the old age program, as a professional expert in human aging and the elderly person.

Keywords

Health promotion, Health interventions, Life course, Old age, Comprehensive gerontological assessment, Primary health care.

Introducción

La ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) en la vejez (MinSalud, 2018, p. 7) es un proceso de atención integral diseñado para identificar las necesidades específicas de los adultos mayores y realizar un abordaje integral en colaboración con ellas, el cual es parte esencial de los sistemas de salud en todo el mundo debido al envejecimiento de la población y a los desafíos de salud únicos que enfrenta esta población. Este concepto es vital en el campo de la gerontología, la medicina, la atención médica-geriátrica, entre otras áreas (Vallejo & Rojas Beltrán, 2020).

Para el ajuste del protocolo se contó con un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, como lo plantean, Okuda y Gómez (2005), donde se revisó, a través de fuentes primarias y secundarias, la evidencia científica sobre práctica clínica en programas de la vejez, así mismo se trianguló la información con las acciones prácticas documentadas y realizadas por el hospital. De igual manera se analizaron las acciones e intervenciones que plantea el ministerio de salud y protección social a través de rutas integrales de atención en salud y los instrumentos de valoración requeridos para la implementación de la ruta. Este nuevo enfoque de atención integral evidencia las necesidades de integrar otros profesionales en salud para el abordaje del envejecimiento y las necesidades de las personas mayores, población que ha venido aumentando debido a la reducción de índices de morbilidad, mortalidad y tasas de fecundación.

La ruta se desarrolló de acuerdo con las necesidades específicas de las personas mayores en términos de salud física, funcional, mental, emocional/afectiva y social/espiritual, dado que a medida que se envejece, se enfrentan una serie de desafíos que van desde condiciones de salud crónicas, hasta la pérdida de habilidades físicas y cognitivas. No obstante, esta ruta proporcionará una guía estructurada y completa para los prestadores de salud, empresas administradoras de planes de beneficio, profesionales de la gerontología y otros profesionales de la salud que trabajan con personas mayores. Ramírez Salazar y Borja Ramírez (2023) plantean por primera vez la incorporación del profesional de gerontología en los distintos niveles de atención en salud a través del modelo de ruta integral de atención familiar y roles del equipo interprofesional.

La ruta cuenta con un enfoque en el apoyo emocional/afectivo y social, el cual vincula la red de apoyo primaria: la familia, para que haga parte del mejoramiento de la salud de la persona mayor quien, cuando es funcional, posee la habilidad de reflexionar de manera independiente y actuar de forma autónoma frente a una situación.

Finalmente, el protocolo busca fortalecer el trabajo que se ha venido realizando en el Hospital San Juan de Dios de Marinilla porque articula las intervenciones individuales y colectivas de acuerdo con las necesidades particulares en esta etapa de la vida. Este protocolo podrá ser reproducido en cualquier IPS del país.

Metodología

Para el desarrollo del protocolo se tuvo un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo que requirió la revisión de la literatura y el análisis de las fuentes primarias y secundarias de la evidencia científica sobre el tema atención de la vejez, así como la triangulación de la información según plantea Okuda y Gomez (2005). De igual manera se identificaron las buenas prácticas asistenciales en el hospital a través de la observación directa y los aspectos a fortalecer; se diseñó un esquema preliminar de la atención en salud con la identificación y caracterización de los hitos, la matriz de intervenciones y la priorización de los grupos de riesgo o eventos en el curso de vida de la vejez, mapeo de las acciones e intervenciones, descripción, identificación de los resultados esperados.

Para el desarrollo de la ruta se tuvo como referencia el manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención en salud (RIAS), que es un documento elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en el año 2022. Este manual establece los lineamientos para la elaboración e implementación de las RIAS, que son instrumentos de gestión que buscan garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades (MinSalud, 2016).

Las RIAS se componen de cuatro componentes:

- 1. Evaluación de la situación de salud.** Este componente busca identificar los problemas de salud más relevantes de la población objetivo, así como los factores que los determinan.
- 2. Planificación de la atención:** Este componente busca establecer las metas y objetivos de la RIAS, así como las estrategias y acciones necesarias para alcanzarlas.
- 3. Implementación de la atención.** Este componente busca poner en marcha las estrategias y acciones establecidas en la planificación.
- 4. Monitoreo y evaluación de la atención.** Este componente busca evaluar el impacto de la RIAS en la salud de la población objetivo (MinSalud, 2016).

La población participante en el estudio está conformada por el personal de salud del Hospital San Juan de Dios, ubicado en el municipio de Marinilla, que entre los años 2023 y 2024 lidera la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) en la vejez. Este equipo está integrado por un profesional de enfermería, médicos generales, internos y el director médico. La ruta está dirigida a personas de 60 años o más, con el objetivo de facilitar el acceso

a servicios de salud del primer nivel, así como a atención especializada y de otros profesionales como gerontólogos. De esta manera, se promueve una atención articulada orientada a generar mayores beneficios en salud y a lograr la detección temprana de enfermedades.

Resultados y discusión

Identificación de los elementos centrales de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud

La revisión de los elementos centrales de la ruta permitió al equipo básico del hospital deducir, que la adecuada y completa implementación de la ruta requería de un profesional experto en envejecimiento humano y vejez que permitiera articular las actuaciones del equipo y realizará una valoración gerontológica integral por esferas, fortaleciendo las acciones clínicas y garantizando un aumento en las ganancias de la salud asociadas a los determinantes sociales.

Reconocer las personas, familias y comunidades como sujetos de atención, en sus distintos ámbito rural, urbano y rural disperso; proponer intervenciones por curso vital, reconociendo la interdependencia y las experiencias y vivencias como ventajas o desventajas. Llevar a los profesionales de salud a otros entornos como: hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional y alinear las necesidades identificadas con la planeación de la salud, además de un adecuado seguimiento a resultados y la reducción de la exposición a riesgos, hace que se tengan planes de intervención más adecuados que respondan a una la atención centrada en las personas, familias y comunidades desde espacios de dialogo y confidencialidad.

Las acciones sectoriales e intersectoriales que interviene positivamente los determinantes sociales en salud; permiten cambios significativos en las personas, familias y comunidades lo que conocemos como resultados de impacto contempladas en las RIAS (MinSalud, 2018).

Figura 1. Resultados de impacto relacionados con el área de gerontología

Resultados de intermedios					
Primera infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez
Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socioemocional y cognitivo.					Personas adultas mayores que conservan las habilidades cognitivas.
					Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional.
Niños y niñas alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses.					
Personas con adecuado estado nutricional					

Resultados de intermedios					
Primera infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez
Personas sin problemas y trastornos en salud mental					
Personas sin morbilidad evitable					
Persona sin mortalidad evitable					
Nota. Tomado de Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de sal					

Nota. Tomado de Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de salud y protección social).

Por otro lado, los resultados intermedios están relacionados con las habilidades, sucesos y ganancias que las personas adquieren a lo largo de su curso de vida, a nivel, personal, familiar y comunitario atribuibles a la garantía de una o varias atenciones contempladas en las RIAS estas se logran en un corto o mediano plazo (MinSalud, 2018).

Figura 2. Resultados Intermedios

Resultados de intermedios					
Primera infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez
Personas que se desarrollan adecuado estado de salud visual					
Personas que se desarrollan adecuado estado de salud auditiva y comunicativa					
Personas que se desarrollan adecuado estado de salud bucal					
Personas que ejercen sus derechos sexuales		Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos			
		Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas			
		Personas con habilidades y emociones para la promoción de la salud mental y convivencia			
			Trabajadores con prácticas de cuidado de su salud en el trabajo		
Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales					
Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud					
Personas, familias y comunidades que cuentan con capacidad de agencias y prácticas para el cuidado de su salud					
personas cuidadoras con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollo de niñas y niños					
Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos					

Resultados de intermedios					
Primera infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez
Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud					
Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud					

Nota. Tomado de Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de salud y protección social).

Mapeo de acciones, identificación y definición de las intervenciones que permitieron la clasificación de instrumentos por esferas para la valoración gerontológica integral

Al realizar el mapeo de acciones y revisar los instrumentos de valoración que debía ser diligenciados se evidencio la necesidad de dividirlos por esferas para una mejor comprensión y aplicación de estos. A continuación, se describe cada esfera y los instrumentos de valoración que contiene.

Esfera clínica: plan de actuación individualizado para la identificación de los síndromes geriátricos (PAI)

La esfera clínica comprende el examen físico que pretende identificar que los síndromes geriátricos como un conjunto de condiciones médicas que pueden ser comunes en personas mayores y que no se pueden clasificar fácilmente en categorías diagnósticas específicas, pero que tienen un impacto significativo en la salud y calidad de vida de los adultos mayores. Estos síndromes son el resultado de la interacción compleja de múltiples factores, como el envejecimiento del cuerpo, las enfermedades crónicas, la fragilidad y los cambios en la función física y mental (Ayala, 2005, p.70).

Algunos ejemplos de síndromes geriátricos incluyen fragilidad: es un estado de vulnerabilidad física que aumenta el riesgo de caídas, discapacidad y hospitalización en personas mayores; caídas: las caídas son comunes en las personas mayores y pueden resultar en lesiones graves, fracturas óseas y disminución de la movilidad; incontinencia: la pérdida del control de la vejiga o los intestinos, lo que puede afectar significativamente la calidad de vida; delirio: un estado mental agudo y confusional que puede ser causado por enfermedad, cirugía o medicamentos, y que puede llevar a problemas de memoria y confusión (Ayala, 2005, p.71).

Esfera Funcional: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

La esfera funcional permite evaluar el nivel de independencia y autonomía de las personas mayores. A continuación, se describen los índices utilizados

Índice de Barthel. Es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la capacidad de una persona para realizar diez actividades básicas de la vida diaria y obtener una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto (Ministerio de Inclusión Económica y Social , 2019).

Fue diseñado en 1955 por Barthel y Mahoney con el fin de evaluar a los sujetos con procesos neuromusculares y ha dado lugar a múltiples versiones. El índice de Barthel mide el grado de independencia de una persona en las actividades de la vida diaria, como lavarse, vestirse, comer, ir al baño, entre otras (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019).

El índice se compone de diez ítems, cada uno de los cuales se puntúa en función del grado de independencia del paciente, y la puntuación total oscila entre 0 y 100. Es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y confiabilidad, fácil de interpretar y aplicar. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019).

Escala de Lawton y Brody. Es un instrumento utilizado para evaluar la capacidad de una persona para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son tareas más complejas que las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), pero no menos importantes. Para poder llevar una vida con autonomía (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019).

La escala de Lawton y Brody evalúa ocho actividades: usar el teléfono, cocinar, lavar ropa, hacer tareas de la casa, usar transporte, manejar las finanzas, hacer compras y administrar medicamentos. Cada actividad se puntúa en función del grado de independencia del paciente, y la puntuación total oscila entre 0 y 8 (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019).

La escala de Lawton y Brody es una herramienta útil para detectar los primeros indicios del deterioro funcional en la persona mayor que vive en su domicilio o en instituciones de cuidados prolongados, lo que permite monitorear con regularidad a la persona mayor en riesgo de discapacidad. Además, la escala de Lawton y Brody tiene un buen coeficiente de reproducibilidad y es fácil de aplicar (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2019).

Test de Mongil. Es una herramienta útil para evaluar el nivel funcional de una persona mayor e incluye tanto componentes físicos como cognitivos. Se trata de una modificación del test Cardenal Marcelo (CM 98) de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD e AIVD) y se utiliza para evaluar las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas (López & López, 2013). Se compone de 30 ítems que evalúan la capacidad de la persona para realizar tareas cotidianas, como vestirse, cocinar, manejar el dinero, entre otras.

El test Mongil es una herramienta útil para establecer el nivel funcional de la persona mayor, ya que permite detectar los primeros indicios del deterioro funcional y cognitivo. Además, es fácil de aplicar y presenta un orden lógico en la evaluación de las actividades de la vida diaria (López & López, 2013).

Esfera mental: funciones cognoscitivas

Esta esfera permite medir los procesos mentales como son memoria, orientación, gnosias, atención entre otros. A continuación, se describe el instrumento propuestos por el ministerio para esta esfera con su descripción para su aplicación y valoración.

El índice de Mini Mental (MMSE) es una prueba breve y ampliamente utilizada para evaluar el estado cognitivo de una persona, especialmente en el diagnóstico de demencia y otros trastornos cognitivos. Consta de una serie de preguntas y tareas que evalúan la memoria, la atención, el lenguaje y la capacidad visoespacial (Fundación Pasqual Maragall, 2021).

El MMSE se puntúa en una escala de 0 a 30, donde 30 representa un funcionamiento cognitivo considerado dentro de los parámetros normales. El MMSE es una herramienta útil para detectar cambios cognitivos en el tiempo y para evaluar la eficacia de los tratamientos (Fundación Pasqual Maragall, 2021).

Esfera emocional/afectiva: trastornos de ansiedad y depresión, satisfacción de la vida

Esta esfera desea evaluar el sentido vida y el nivel relacional con el que cuentan las personas. Para ello se emplean las siguientes escalas:

Escala de Whooley. Es una herramienta de cribado para detectar la depresión en adultos de 18 años o más. Se compone de dos preguntas sencillas que se pueden responder en unos minutos. Las preguntas son las siguientes: "Durante el último mes, ¿se ha sentido desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?" y "Durante el último mes, ¿ha perdido interés o placer en la mayoría de las actividades que solía disfrutar?" (MinSalud, 2020, p. 54).

Si se responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas, se recomienda realizar una evaluación más exhaustiva para determinar si la persona tiene depresión.

La escala de Whooley tiene una sensibilidad aproximada del 80 % y una especificidad de aproximada del 70 %. Esto significa que es probable que detecte la depresión en la mayoría de las personas que la padecen, pero también puede indicar depresión en personas que en realidad no la padecen (Minsalud , 2020, p. 54).

La escala de Whooley se puede utilizar en una variedad de entornos, incluidos los centros de atención primaria, las clínicas de atención médica mental y los hospitales. Es una herramienta útil para identificar a las personas que pueden necesitar tratamiento para la depresión (MinSalud, 2020, p.54).

Escala GAD-2 (escala de trastorno de ansiedad generalizada de 2 ítems). Es una herramienta de cribado para detectar el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en adultos de 18 años o más. Se compone de dos preguntas sencillas que se pueden responder en unos minutos (Minsalud , 2020, p.56). Las preguntas son: "Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido nervioso, ansioso o con los nervios de punta la mayor parte del tiempo?" y "Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido dificultades para controlar la preocupación?". Si se responde afirmativamente a al menos una de las preguntas, se recomienda realizar una evaluación más exhaustiva para determinar si la persona tiene TAG (Minsalud , 2020, p. 56).

La escala GAD-2 tiene una sensibilidad de aproximadamente el 86 % y una especificidad de aproximadamente el 83 %. Esto significa que es probable que detecte el TAG en la mayoría de las personas que lo padecen, pero también puede indicar TAG en personas que en realidad no lo padecen (Minsalud , 2020, p.56).

La escala GAD-2 se puede utilizar en una variedad de entornos, incluidos los centros de atención primaria, las clínicas de atención médica mental y los hospitales. Es una herramienta útil para identificar a las personas que pueden necesitar tratamiento para el TAG (Minsalud , 2020, p. 56).

Esfera Social/Espiritual

El contexto espiritual influye cada vez más en el estado de salud de las personas, además, está relacionado con la búsqueda de la felicidad, el sentido de la vida y la satisfacción personal. A continuación, se describen algunos instrumentos que permiten medir estos elementos.

Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida. Es una escala que mide la satisfacción de las personas con diferentes aspectos de su vida. Se compone de 15 ítems que se refieren a la satisfacción en 15 dominios, como el hogar, el trabajo, las relaciones sociales, la salud y la situación económica. Los ítems se evalúan a partir de imágenes de caras que representan diferentes grados de satisfacción (Crespi & Caballero, 2019).

Criterios de calidad. El instrumento presenta una fiabilidad adecuada, con una consistencia interna de 0,840. Su validez se ha establecido a través de su relación con otras medidas, como el nivel de afecto positivo y la disponibilidad y adecuación del apoyo social. Asimismo, demuestra sensibilidad al cambio terapéutico (Crespi & Caballero, 2019).

Esfera social/familiar: ecomapa, apgar familiar, familiograma

Para tener una representación gráfica de las familias, su relacionamiento y su adaptación, a continuación se describen los instrumentos propuestos por el ministerio.

Familiograma. También conocido como genograma. Es una herramienta gráfica que representa la estructura y las relaciones familiares de una persona. Se compone de figuras geométricas que representan a los miembros de la familia, así como líneas que representan las relaciones entre ellos; se utiliza en una variedad de contextos, incluyendo la atención médica, la terapia familiar y la investigación social (Rubio, 2021).

Puede ser una herramienta valiosa para comprender la historia familiar, los patrones de relación y las posibles influencias de la familia en la salud y el bienestar de un individuo (Rubio, 2021).

La información que normalmente se incluye en un familiograma incluye: la clasificación individual por género y edad, la tipología de la vida familiar, los patrones médicos intergeneracionales, el contexto sociocultural familiar, estilos y modos de relación intrafamiliar (Rubio, 2021).

El propósito del familiograma es proporcionar una visión conjunta, integral y sistémica del entorno familiar de una persona. Puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar factores de riesgo para la salud, comprender las dinámicas familiares y desarrollar planes de tratamiento personalizados (Rubio, 2021).

APGAR familiar. Es una herramienta que permite evaluar la funcionalidad familiar a partir de la percepción de los miembros de la familia. Se compone de cinco preguntas que exploran cinco áreas clave:

Adaptación: la capacidad de la familia para adaptarse a los cambios o problemas.

Participación: el grado de participación de los miembros de la familia en la solución de problemas.

Crecimiento: el apoyo que brinda la familia para que sus miembros alcancen sus metas.

Afecto: las relaciones de amor y cariño entre los miembros de la familia.

Recursos: los recursos compartidos por la familia, como el tiempo, el dinero y el espacio.

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2. Una puntuación total de 7 a 10 indica una funcionalidad familiar normal, una puntuación de 4 a 6 indica una disfunción familiar leve, una puntuación de 0 a 3 indica una disfunción familiar severa (Cuba & Espinoza, 2014, p. 53-54).

El APGAR familiar es una herramienta útil para evaluar la funcionalidad familiar en una variedad de contextos, incluidos la atención médica, la terapia familiar y la investigación social. Puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar familias que pueden beneficiarse de intervenciones o servicios (Cuba & Espinoza, 2014, p. 55).

Atención integral centrada en la persona. La atención integral centrada en la persona (AICP) es un enfoque de atención que coloca a la persona en el centro de la intervención. Se basa en el respeto a su dignidad y derechos, sus intereses y preferencias, y su participación efectiva (Castellón, 2022).

Las características de la AICP son las siguientes:

La persona es el centro de la intervención y agente activo y protagonista de su proceso, la atención es siempre individualizada, la mirada se centrada en las capacidades de la persona, no en sus déficits, el papel de los profesionales pasa a ser facilitador, motivador y proveedor de apoyos (Castellón, 2022).

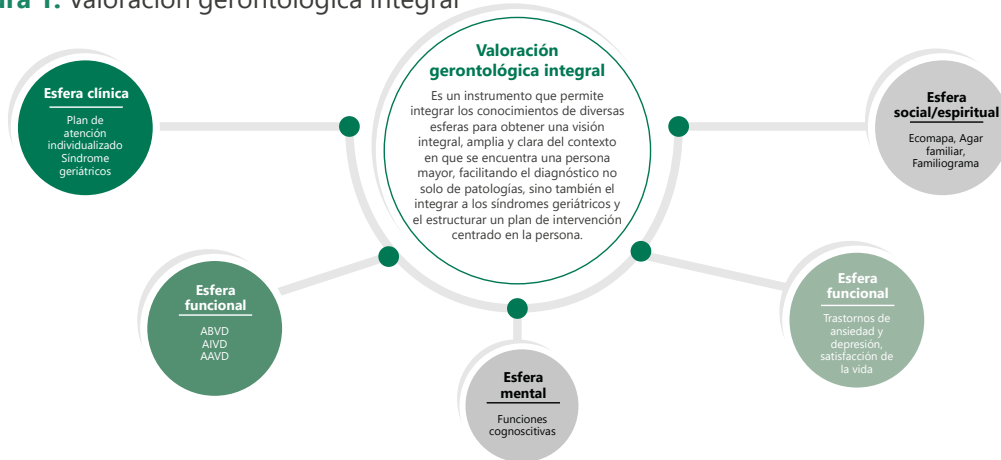
Las ventajas que aporta la AICP son mayor satisfacción con el tratamiento recibido, percepción de más calidad en la atención y mayor adherencia al tratamiento, mejores resultados terapéuticos (Castellón, 2022).

Por otra parte, los principios éticos de la AICP son los siguientes:

- **Autonomía:** la persona tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención.
- **Participación:** la persona debe participar activamente en su proceso de atención.
- **Integralidad:** la atención debe ser holística, teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona.
- **Individualidad:** la atención debe ser individualizada, adaptada a las necesidades y preferencias de cada persona.
- **Inclusión social:** la atención debe promover la inclusión social de la persona.
- **Interdependencia:** la persona debe ser tratada como un ser social, interdependiente con su entorno.
- **Continuidad:** la atención debe ser continua, asegurando que la persona tenga acceso a los servicios que necesita a lo largo de su vida (Castellón, 2022).

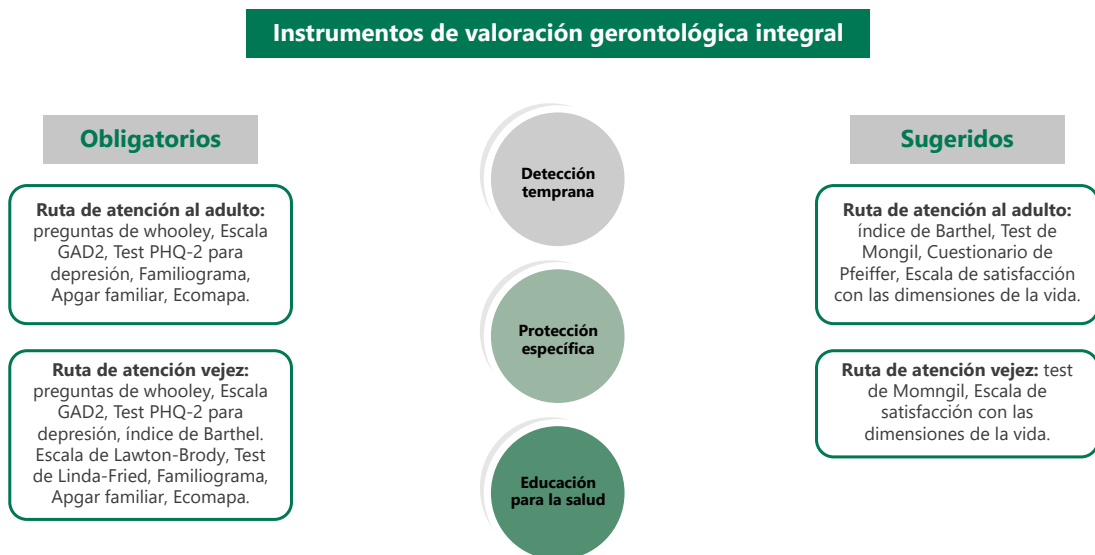
Parámetros de atención de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en la etapa de vejez

Figura 1. Valoración gerontológica integral



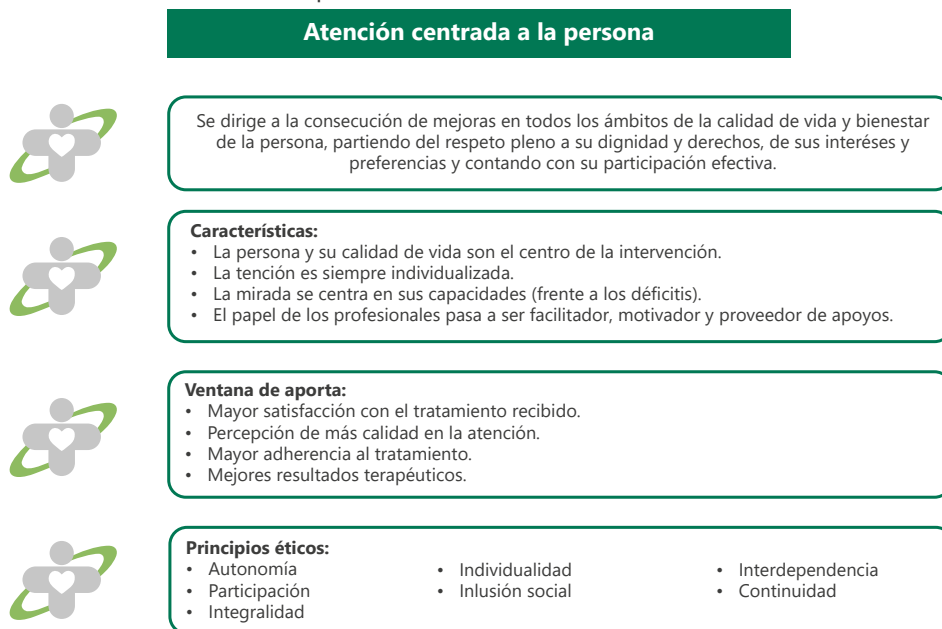
Nota. Elaboración propia.

Figura 2. Instrumentos de valoración gerontológica



Nota. Elaboración propia.

Figura 3. Atención centrada en la persona



Nota. Elaboración propia.

A continuación, se describen las condiciones que se deben tener en cuenta para la operación del programa de la vejez.

Figura 4. Condiciones para iniciar el procedimiento

Condiciones para iniciar el procedimiento	Materiales necesarios
• El ingreso se realiza partir de los 60 años y más. • Usuario que presente los documentos que permitan la comprobación de derechos.	• Equipo de cómputo con software asistencial • Acceso a Internet • Agendas en software • Línea telefónica • Papelería • Consultorio asistencial (equipado) • Cinta métrica • Optotipo
Materiales médico quirúrgicos - insumos y medicamentos	Equipos Biomédicos
• Guantes • Kallory (oclusor de ojo) • Espéculos para otoscopio • Baja lengua.	• Fonendoscopio • Tensiómetro • Termómetro • Oftalmoscopio • Otoscopio • Bascula

Talento humano necesario	Requisitos para tener en cuenta
Médico General	• Evitar llamadas personales o uso de celular en el momento que se esté atendiendo al usuario. • No utilizar audífonos y/o manos libres durante la atención. • Evitar cancelar citas a los usuarios una vez sean asignadas, en caso de presentarse esta situación, reasigne la cita al usuario. • El tiempo asignado para la consulta es de 1 hora con el área de gerontología y 30 minutos con medicina general.
Gerontólogo	
Productos o resultados esperados	
• Usuario con cita asignada con el profesional. • Usuario informado sobre aspectos administrativos y orientados al consultorio correspondiente. • Usuario satisfecho con atención prestada. • Persona mayor debe recibir educación en estilos de vida saludables. • Plan de intervención de los factores específicos. • Indicaciones para control.	

Nota. Elaboración propia.

La incorporación del gerontólogo en el equipo básico de salud para la realización gerontológica integral requirió una nueva programación para la operación de programa de la vejez. A continuación, se describe esta planeación.

Figura 5. Cronograma de la atención

Guía	Momento	Actividad	Profesional	Tiempo
1	Registro	Validación de derechos, actualización de datos y registro.	Consulta externa	-
	Cita inicial	Aplicación valoración y aplicación de instrumentos de la esfera funcional y cognitiva.	Gerontólogo	60 min
		Anamnesis y ayudas diagnosticas requeridos.	Medico	30 min
	Agendamiento y acompañamiento	Se asigna cita de control en un mes y se le dan indicaciones sobre las ordenes envidas.	Auxiliar de enfermería	5 min
2	Registro	Validación de derechos, actualización de datos y registro.	Consulta externa	5 min
	Cita control o por segunda vez	Revisión de resultados, diagnostico, valoración física e interconsulta, síndromes geriátricos.	Medico	30 min
		Aplicación de instrumentos de espera familiar y social, plan de intervención y manejo.	Gerontólogo	30 min
	Agendamiento y acompañamiento	Se asigna cita para taller en un mes. (60 días calendario o dos meses contando partir de la primera consulta).	Auxiliar de enfermería	5 min
3	Registro	Validación de derechos, actualización de datos y registro.	Consulta externa	-
	Taller grupal	Los temas surgen a partir de los requerimientos o necesidades más específicas de la población luego de los diagnósticos obtenidos.	Gerontólogo	40 min

Guía	Momento	Actividad	Profesional	Tiempo
	Agendamiento y acompañamiento	Se asigna cita para taller en dos meses. (60 días calendario contando partir del primer taller). Toma y registro de signo vitales.	Auxiliar de enfermería	5 min
Si se evidencia alguna señal de riesgo con el paciente se debe activar ruta de atención prioritaria.				
4	Registro	Validación de derechos, actualización de datos y registro.	Consulta externa	-
	Taller grupal	Los temas surgen a partir de los requerimientos o necesidades de la población.	Gerontólogo	40 min
	Agendamiento y acompañamiento	Se asigna cita para seguimiento y valoración en seis meses. (180 días calendario contando partir de la segunda cita de control). Toma y registro de signo vitales.	Auxiliar de enfermería	5 min
Se inicia ruta según el cronograma desde el primer momento.				

Nota. Elaboración propia.

A continuación, se detallan las actividades que se desarrollan en el procedimiento de consulta de la vejez, con las responsabilidades que debe realizar cada uno de los integrantes del equipo básico de salud.

Figura 6. Descripción de la actividad

Paso	Descripción de actividades	Responsable	Registro	Punto de control
1	Identificación de necesidades comunitarias con orientación a requerimientos individuales. Canalización de la población para realizar el ingreso al programa. Agendamiento telefónico de la cita por primera vez para valoración integral.	Promotor en salud o auxiliar de enfermería	Promoción del programa desde el territorio. Asignación de cita para ingreso al programa en la agenda del sistema.	Programa del sistema
2	Admisión al programa • El asistente se dirige a admisiones donde se realiza actualización de datos y confirmación de cita. • Se orienta al consultorio.	Auxiliar de admisiones	Gestión administrativa	Auditoría de admisiones
3	Consulta gerontológica: ingreso de historia • Explica al paciente la importancia de este seguimiento y las valoraciones que se requieran. • Realiza historia clínica electrónica completa. • Toma conducta de acuerdo con la guía del programa. • Explica al paciente y su acudiente el plan de cuidado. Consulta gerontológica: Riesgo Psicosocial, Esfera Funcional, Actividades básicas de la vida diaria, Índice de Barthel. Actividades instrumentales de la vida diaria: Escala de Lawton y Brody.	Gerontólogo	Historia clínica	Auditoría de programas

Paso	Descripción de actividades	Responsable	Registro	Punto de control
	Actividades avanzadas de la Vida diaria: Test de Mongil Esfera cognitiva: Mini Prueba para evaluar la Aptitud Mental. Esfera emocional/afectiva: Escala de Gad2 Escala de Whooley Esfera social: Escala De Satisfacción Con Las Dimensiones De La Vida. Familiar: Apgar Familiar, Ecomapa, Familiograma Segunda, talleres dos meses Educación: • Se explica según los hallazgos de la consulta acerca de derechos sexuales y de la reproducción, hábitos de vida saludable, prevención de consumo de sustancias psicoactivas. • Remisión según las necesidades del paciente: odontología, vacunación, planificación familiar, psicología • Presencia del acompañante si así el mayor lo requiere • Prevención de caídas • Uso seguro de medicamentos derivar a educación grupal para entrenamiento cognitivo y emocional. • Duración de la primera consulta 1 hora, seguimiento a los 6 meses. Otras: El direccionamiento según las necesidades del paciente se realizará por el tratante que ordene y es deber del paciente la gestión de dichas atenciones. Debe direccionarse a auxiliar administrativo para la solicitud de atención en laboratorio, odontología y otras disciplinas.			
4	Consulta médica: anamnesis • Indagatoria de antecedentes personales: patológicos énfasis en: obesidad, cáncer de estómago, colon, recto, TB, asma, trastornos de inmunidad) toxicológicos, quirúrgicos • Indagar por factores de riesgo para patología de cuello uterino, patología prostática, EPOC, diabetes hipertensión. Indagar sobre la presencia de síndromes geriátricos: 1. Deterioro cognoscitivo: énfasis en pérdida de memoria y deterioro de capacidades mentales superiores. 2. Inmovilidad: indagar antecedentes de artrosis, osteoporosis, debilidad muscular, lesiones crónicas de pies. 3. Inestabilidad y caídas: antecedentes de caídas y enfermedades con limitación visual, sensorial, de marcha o ambientes que favorezcan traumatismos.			

Paso	Descripción de actividades	Responsable	Registro	Punto de control
	4. Fragilidad: se define como incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad. Un conjunto de enfermedades o condiciones que aumentan riesgo general 5. Incontinencia de esfínteres 6. Depresión: hacer énfasis en adultos con desarrollo de limitaciones cognitivas, de memoria o sensoriales 7. Iatrogenia: hacer énfasis en polifarmacia y uso de medicamentos asociado a homeopáticos, terapias alternativas o caseros. • Indagar sobre el uso de sustancias psicoactivas y la aplicación de escala de EPOC con formula de número de paquetes/año: número de cigarrillos diarios x número de años/20 • Indagar sobre desempeño de derechos sexuales: toma de decisiones, estabilidad de pareja, desempeño sexual, enfermedades de transmisión sexual. Hacer énfasis de los efectos de los medicamentos en el desarrollo sexual. • Indagar sobre hábitos de vida saludable: alimentación, ejercicio, higiene de sueño. • Indagar sobre dinámica familiar. • Indagar sobre la actividad económica, laboral actual y previa, rastrear por antecedente de trabajo infantil. En caso de detectar riesgo de enfermedad laboral o relacionada con el trabajo debe introducirse en la ruta respectiva de salud laboral. Consulta médica: examen físico • Valoración antropométrica y estado nutricional: incluido peso, talla, IMC. Aplicación de riesgo de diabetes finnish y escala framingham y OMS (difícil aplicación por su extensión). • Valoración de salud sexual: indiciaria. • Valoración de salud visual: oftalmoscopia y agudeza visual. • Valoración de salud bucal: masticación, fonación, motilidad. • Valoración complementaria: megalias, masas, piel y faneras, valoración mamaria, testicular y prostática; enfoque en la presencia de lesiones no invasoras de piel, sensibilidad. Valoración de cifosis, escoliosis o hiperlordosis. Paraclínicos: • Tamización cáncer: según factores de riesgo para CA de mama, cérvix, próstata, colon y recto • Tamización de ETS: pruebas rápidas VIH, sífilis y hepatitis si relación sexual sin protección; hepatitis C en algún momento de la vida en mayor de 50 años • Tamización de RCV: HDL, COL TOT, TGC, LDL, glucosa en ayunas, parcial de orina, creatinina.	Médico general	Historia clínica	Auditoria de programas

Paso	Descripción de actividades	Responsable	Registro	Punto de control
5	Odontología: Valoración de salud bucal por profesional en odontología	Odontología	Historia clínica	Auditoria de programas
6	Vacunación: vacuna influenza anual	Enfermería	Paiweb	Auditoria de programas
7	Educación: - Se explica según los hallazgos de la consulta acerca de derechos sexuales y de la reproducción, hábitos de vida saludable, prevención de consumo de sustancias psicoactivas. - Remisión según las necesidades del paciente: odontología, vacunación, planificación familiar, psicología - Presencia del acompañante si así el mayor lo requiere - Prevención de caídas - Uso seguro de medicamentos derivar a educación grupal para entrenamiento cognitivo y emocional	Equipos interdisciplinario		
8	Psicología: en pacientes que requieren educación individual en caso de detectar necesidad de apoyo: situación de fragilidad, consumo de spa, escaso soporte social, dependencia de cuidador, familia con integrante con discapacidad			
9	- El direccionamiento según las necesidades del paciente se realizará por el tratante que ordene y es deber del paciente la gestión de dichas atenciones. - Debe direccionarse a auxiliar administrativo para la solicitud de atención en laboratorio, odontología y otras disciplinas.			

Nota. Elaboración propia.

Conclusiones

La ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de la vejez con la incorporación del gerontólogo para la realización de la valoración gerontológica integral puede ser replicado en cualquier IPS del país. Por esta razón requiere de una estrecha articulación con las instituciones de apoyo, como centros día, centros vida diurnos, centros de protección social y la E.S.E. Hospital de Marinilla. Esta colaboración permitirá atender de manera oportuna a un mayor número de personas mayores y brindarles una atención integral que promueva su bienestar.

Es fundamental extender la capacitación sobre la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con la integración de la valoración gerontológica integral a las entidades territoriales de la salud y empresas administradoras de plan de beneficio. Esto permitirá fortalecer las estrategias de implementación de la ruta y optimizar su impacto en la salud de la población.

Finalmente, es necesario fortalecer el conocimiento por parte de los gerontólogos de la operación del sistema de salud y su importancia en la aplicación de los instrumentos de valoración integral obligatorios y sugeridos en el protocolo de la vejez.

Referencias

- Ayala, G. A. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19(6), 70–74. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
- Dois Castellón, A. (2022). La atención centrada en la persona como eje del modelo de salud. *Horizonte de Enfermería*, 33(2), 97–99. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.33.2.97-99
- Mikulic, I. M., Crespi, M., & Caballero, R. Y. (2019). Escala de satisfacción con la vida (SWLS): Estudio de las propiedades psicométricas en adultos de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 26, 395–402. <https://www.redalyc.org/journal/3691/369163433043/html/>
- Suarez Cuba, M. A., & Alcalá Espinoza, M. (2014). APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53–57. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *Valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GRR.pdf>
- Ramírez Salazar, E. A., & Borja Ramírez, M. A. (2023). Capítulo 3. Modelo de ruta integral de atención familiar y roles del equipo interprofesional. En M. A. Borja Ramírez (Ed.), *Investigaciones en salud familiar* (pp. 60–94). Editorial Unicatólica. <https://editorial.unicatolica.edu.co/>
- Gaitán, H., & Gómez, P. (2013). Guías de práctica clínica en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(3), 214–217.
- López Mongil, R., López Trigo, J. A., & Gordaliza Ramos, A. (2013). El Test Mongil de actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas y su utilidad en el envejecimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 221–226.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MINIES). (2019). *Escala de Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria)*. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3b-ESCALA-DE-LAWTON-Y-BRODY.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MINIES). (2019). *Índice de Barthel (IB). Dirección de la Población Adulta Mayor*. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3a-I%CC%81NDICE-DE-BARTHEL.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). (2018). *Resolución número 3280 de 2018*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). (2018). *Lineamiento técnico y operativo. Ruta integral de atención para promoción y mantenimiento de la salud*. <https://www.esehospitallocaldemalambo.gov.co/wp-content/uploads/2019/01/Lineamiento-Ruta-promocion-de-la-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). (2023, abril 30). *Instrumentos sugeridos en la valoración integral para detección temprana de riesgos o alteraciones*. <https://www.min->

salud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/instrumentos-aplicacion-sugerida-rpms.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). (2011, enero 19). *Ley 1438 del 19 de enero de 2011*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). (2015, febrero 16). *Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). (2016, abril). *Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

Moro, B. J. (2023). *Valoración geriátrica integral (VGI)*. <https://slideplayer.es/amp/14411930/>

Ocampo-Rodríguez, M., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 114–129. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>

Okuda, M., & Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: Triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118–124. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>

Soria Perdomo, D. F. J. (2020). Valoración geriátrica integral, instrumento de la geriatría. *Gaceta Médica de Caracas*, 126(2), 143–149. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/17178

Rubio, M. N. (2021, junio 14). Familiograma: Qué es, partes y características. *Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/miscelanea/familiograma>

Vallejo, P. Y., & Rojas Beltrán, J. P. (2020). *Ruta integral de atención para promoción y mantenimiento de la salud del adulto mayor*. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. <https://repositorio.fucsalud.edu.co/entities/publication/44587662-d01f-47d4-a55b-3cf032f5e19c>