



Centro Universitario de Envejecimiento Saludable (CUENSA) de la FES Zaragoza, UNAM: Una propuesta para la Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE)

Víctor Manuel Mendoza-Núñez,¹ Elsa Correa-Muñoz² y Aurora Otilia Ramírez-Arellano²

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, estableció el concepto de envejecimiento saludable (ES) como:¹

"el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez".

Precisando que "la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella". Señala que "se compone de la capacidad intrínseca de la

¹ Responsable de la Unidad de Investigación en Gerontología, FES Zaragoza, UNAM. E-mail: mendovic@servidor.unam.mx

² Integrante de la Unidad de Investigación en Gerontología, FES Zaragoza, UNAM

Boletín de la Evidencia

Marzo-abril, 2024

Suplemento 2 Vol. 6 Núm 1.

ISSN: 2683-1422

persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características”.

“La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona”.

“El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye desde el nivel micro hasta el nivel macro —el hogar, la comunidad y la sociedad en general—”.

“En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan”.

“El término bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización”.

“Un individuo puede tener reservas de capacidad funcional que no está aprovechando. Estas reservas contribuyen a la resiliencia de una persona mayor”.

“El modelo del Envejecimiento Saludable concibe la resiliencia como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad (ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación)”.

Es importante señalar que el constructo de ES propuesto por OMS en 2015 representa un gran avance en el campo gerontológico, considerando que su enfoque es muy realista e incluyente, reconociendo como elementos clave del ES la capacidad funcional para el bienestar en la vejez, con lo cual se dispone de una definición que puede ser operacionalizada y aplicada a todos los adultos mayores, incluyendo a los frágiles. Por tal motivo, su medición e implementación en programas de gerontología comunitaria es factible

en todos los contextos, además de poder valorar el impacto de diferentes estrategias para recuperar, mantener y prolongar el ES.

Posteriormente, en 2017 la OMS propuso el modelo de la Atención Integrada para Personas Mayores (ICOPE, *Integrated Care for Older People*), como una estrategia en la que se establecen las directrices para detectar las condiciones prioritarias asociadas con la disminución de la capacidad intrínseca y el entorno desfavorable que afectan la capacidad funcional, elemento clave del envejecimiento saludable en la comunidad, con un enfoque de atención centrada en la persona (las necesidades de salud y asistencia social de la persona) y no en las enfermedades o síntomas aislados.²

En este marco la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM (UIG), propone el Centro Universitario de Envejecimiento Saludable (CUENSA) como un programa para la adaptación y desarrollo del modelo de núcleos gerontológicos con el enfoque del ICOPE (Figura 1).

El propósito de este Boletín es presentar la concepción, misión, visión, objetivos y listado de los programas que se están implementando en el CUENSA, como una propuesta que podría ser replicada en otros contextos.

ANTECEDENTES

En 1996 fue creada la UIG, como consecuencia del trabajo multidisciplinario de más de dos líneas de investigación sobre el envejecimiento y la vejez, en los ámbitos biológico, psicológico y social por más de cinco años. Actualmente, tenemos más de tres décadas de trabajo investigativo. Entre las líneas de investigación que conforman la UIG, podemos señalar las siguientes: (i) envejecimiento saludable, (ii) gerontología comunitaria, (iii) estrés oxidante y enfermedades crónicas relativas al envejecimiento,

Boletín de la Evidencia

Marzo-abril, 2024

Suplemento 2 Vol. 6 Núm 1.

ISSN: 2683-1422



Figura 1. Centro Universitario para el Envejecimiento Saludable (CUENSA)

(ii) (iv) nutrición y envejecimiento, (v) menopausia y (v) gerodontología.³

Uno de los objetivos prioritarios de la UIG ha sido el desarrollo de un modelo de atención comunitaria para el envejecimiento saludable. En este sentido, en 1996 propusimos el “Modelo de atención de núcleos gerontológicos”, estableciendo como pilares el autocuidado, la ayuda-mutua y la autogestión, para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y mantener la funcionalidad física, psicológica y social, para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida durante el proceso de envejecimiento y la vejez, a través del empoderamiento individual y la conformación de pequeños grupos [8 a 15 adultos mayores] denominados núcleos gerontológicos [NG], a quienes se les proporcionaba la información necesaria para el autocuidado, la ayuda mutua y autogestión, considerando que el intercambio de información, experiencias, solidaridad, reciprocidad y pertenencia de los integrantes de los NG sería suficiente para lograr y mantener el ES.⁴ Aunque los resultados aparentemente fueron positivos, es importante señalar que la efectividad del programa dependía en gran medida de la coordinación y supervisión realizada por nuestro grupo de investigación, por lo que de manera indirecta se propició una dependencia de los NG

hacia nuestro grupo de investigación. Por tal motivo, en 2002 el modelo se modificó y se orientó a la formación de promotores de salud gerontológica (PSG) de entre los adultos mayores “promotores entre pares”, reconociendo el capital humano y social de las personas envejecidas, para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles y mantener la salud con énfasis en la funcionalidad, física, psicológica y social. Para tal efecto, se elaboró un manual expofeso para adultos mayores para su formación como PSG titulado “Gerontología comunitaria”.⁵ En este sentido, el modelo se ensayó en el estado de Hidalgo, en el que se formaron 40 PSG, de los cuales, 10 PSG replicaron los conocimientos adquiridos con otros adultos mayores, con lo cual se observó mayor adquisición de conocimientos y adherencia al programa de los adultos mayores formados “entre pares”, en comparación con los resultados obtenidos en la primera etapa de intervención llevada a cabo por nuestro grupo de investigación, demostrando una mayor eficacia de la promoción de la salud gerontológica cuando es realizada entre pares.⁶ Estos resultados, permitieron elaborar y publicar un protocolo sobre la modificación y actualización del modelo de NG, enfatizando el potencial de los adultos mayores para promover la salud gerontológica “entre pares”.⁷ En este contexto, dicho modelo fue replicado duran-

Boletín de la Evidencia

Marzo-abril, 2024

Suplemento 2 Vol. 6 Núm 1.

ISSN: 2683-1422

te más de una década en el estado de Guanajuato con el fin de desarrollar y fortalecer el empoderamiento de los adultos mayores, para un envejecimiento activo y saludable. Para tal efecto, se actualizó el libro de Gerontología Comunitaria, agregando capítulos faltantes como los de sexualidad durante el envejecimiento, maltrato, proyectos productivos y estimulación mental entre otros, titulado “Envejecimiento Activo y Saludable. Fundamentos y Estrategias desde la Gerontología Comunitaria”.⁸ En este sentido, el énfasis en el reconocimiento del capital humano y social de los adultos mayores, demostró que el modelo de NG con la formación de PSG es una buena estrategia para promover el envejecimiento saludable.⁹ No obstante, durante el seguimiento de este modelo observamos que

la adherencia al programa comunitario seguía dependiendo de la coordinación institucional y los profesionistas responsables del programa, por lo que no se había logrado la emancipación de los NG. Por tal motivo, se incluyeron como elementos clave del modelo a la “Generatividad” y la “Resiliencia”, por lo que se actualizó el modelo para el envejecimiento saludable a nivel comunitario enmarcado en la resiliencia y la generatividad, con el objetivo de capacitar a los adultos mayores como PSG agregando los componentes de proyectos productivos satisfactorios con reconocimiento social [generatividad] y el fortalecimiento de la adaptación y mejora de estrategias [resiliencia], para lograr una emancipación del trabajo comunitario “entre pares”, para el envejecimiento saludable (Figura 2).¹⁰

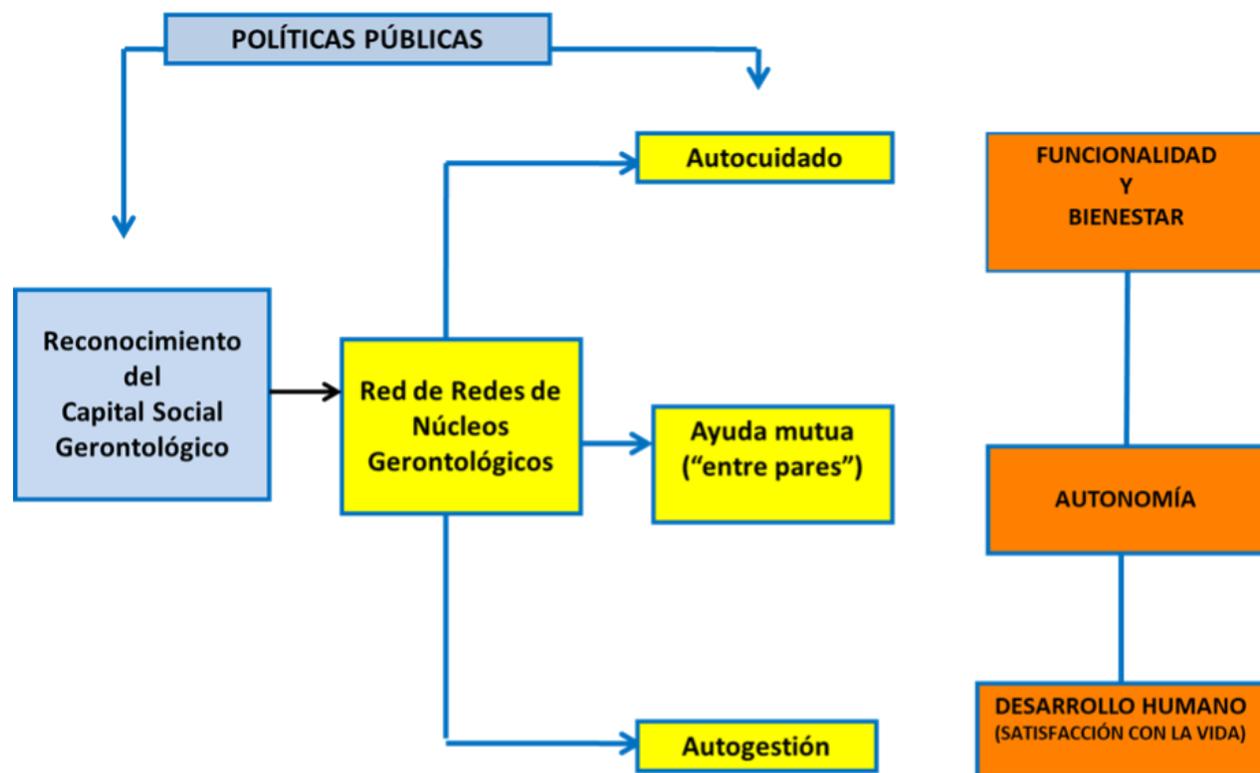


Figura 2. Modelo de núcleos gerontológicos. Las políticas públicas son el elemento clave para la implementación de programas de gerontología comunitaria en el que se reconozca el capital humano y social que representan la población de adultos mayores funcionales, los cuales pueden ser entrenados como promotores para el desarrollo integral gerontológico, conformando una red de redes de núcleos gerontológicos, estableciendo como pilares el autocuidado, ayuda mutua y autogestión, para mantener y fortalecer la capacidad funcional y bienestar considerando la autonomía para en desarrollo humano durante el envejecimiento.

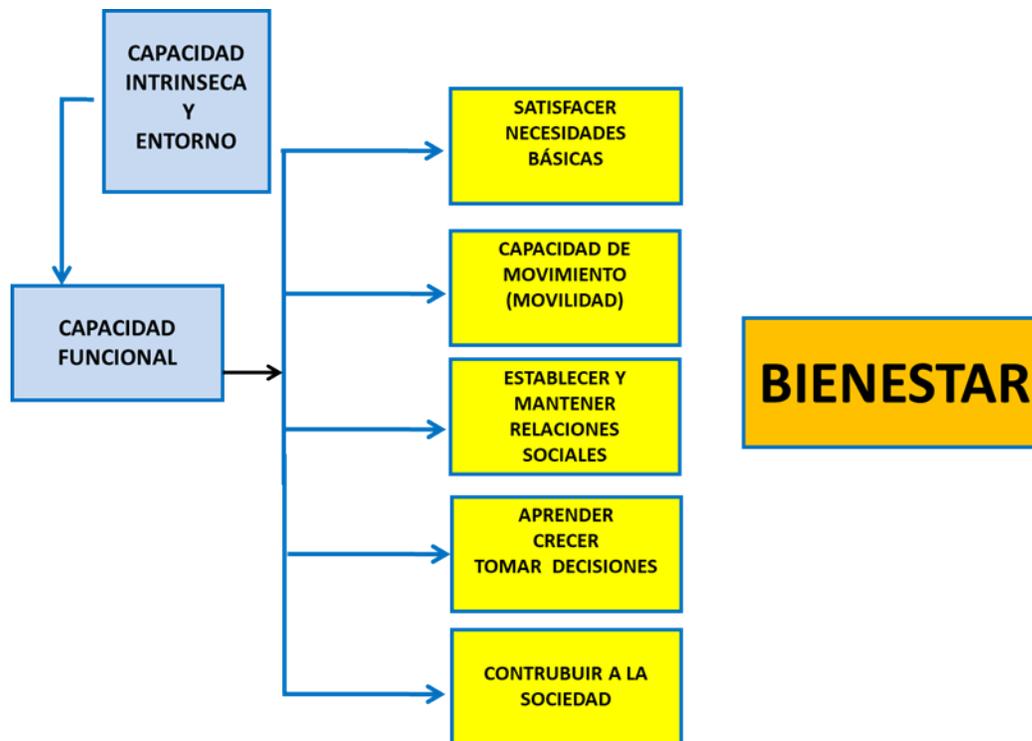


Figura 3. Componentes e Indicadores de la Capacidad Funcional. El ICOPE tiene como propósito potenciar o mejorar los componentes de la capacidad funcional (capacidad intrínseca y entorno), para el envejecimiento saludable, considerando como indicadores de efecto: (i) la satisfacción de necesidades básicas (alimentación, habitación, higiene, (ii) sueño y atención médica), (iii) movilidad (actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria), (iv) crear, mantener y fortalecer las redes de apoyo social satisfactorias, (v) aprender cosas nuevas para su desarrollo personal, mantener la autonomía, y (vi) seguir contribuyendo con la sociedad, para mantener y prolongar la satisfacción con la vida (bienestar).

ATENCIÓN INTEGRADA PARA LAS PERSONAS MAYORES (ICOPE)

La ICOPE se enfoca en los componentes de la capacidad funcional (capacidad intrínseca y entorno), con el propósito de: (i) satisfacer las necesidades básicas, (ii) mantener y mejorar la movilidad, (iii) crear y fortalecer las redes de apoyo social, (iv) aprender cosas nuevas para el bienestar personal, y (v) contribuir con la sociedad (Figura 3).

Como ha sido señalado, la CAPACIDAD INTRÍNSECA está conformada por: (i) herencia genética, la cual puede mostrar cambios epigenéticos positivos a través de la adopción y fortalecimiento de estilos de vida y el ambiente saludables, (ii) estado de salud, considerando los cambios fisiológicos inherentes al envejecimiento, el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, polifarmacia y estilos de vida saludables individualizados, (iii) características personales, tales como edad, grupo étnico, cultura, género, estado civil (vive con

Boletín de la Evidencia

Marzo-abril, 2024

Suplemento 2 Vol. 6 Núm 1.

ISSN: 2683-1422

pareja), escolaridad, nivel socioeconómico y ocupación, los cuales pueden constituir factores de riesgo o protectores. Asimismo, el ENTORNO, se refiere a los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida cotidiana de una persona. Incluye: (i) nivel micro (las características de la vivienda, relaciones familiares y de amigos), (ii) nivel meso, la comunidad, servicios de salud y seguridad social, centros comunitarios para adultos mayores, envejecimiento activo, programas generativos, centros de capacitación para adultos mayores y (iii) nivel macro, políticas públicas que reconozcan el capital y humano y social de la población de adultos mayores como un bono demográfico gerontológico, para promover el envejecimiento activo y saludable, y programas para el desarrollo humano (generativos) como un derecho ciudadano. La conjunción e interacción de la capacidad intrínseca y entorno determinan la capacidad funcional. Por tal motivo, en la atención centrada en la persona enmarcada en el ICOPE, se debe considerar un análisis minucioso de la capacidad intrínseca y entorno, registrando en un expediente gerontológico desmedicalizado todos los factores y características de los dos componentes, para mantener un monitoreo periódico, priorizando la capacidad funcional para el bienestar individualizado.

Los dominios de la capacidad intrínseca establecidos por la OMS en el marco del ICOPE son: (i) capacidad locomotriz (movilidad), (ii) vitalidad (nutrición), (iii) capacidad visual, (iv) capacidad auditiva, (v) capacidad cognitiva y (vi) capacidad psicológica. Nuestro grupo de investigación, propone que se agreguen: (vii) capacidad gustativa y olfativa, (viii) sueño, (ix) participación social (proyectos generativos) y (x) motivos de vida.

El enfoque del ICOPE es una propuesta pragmática que complementa el constructo del ES y la atención centrada en la persona, por lo que es conveniente su adopción y adaptación acorde con el contexto socio-cultural, recursos humanos, estructurales y financieras, modificando las políticas públicas proteccionistas con una visión decedentes del envejecimiento.

CENTRO UNIVERSITARIO DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (CUENSA)

El CUENSA surge como una propuesta innovadora y actualizada de la adaptación del modelo de núcleos gerontológicos desarrollado en 1996 por la FES Zaragoza, UNAM, al modelo de Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE, *Integrated Care for Older People*) establecido en 2017 por la OMS.^{2,4}

El CUENSA es un modelo de atención comunitaria para la promoción del envejecimiento saludable enmarcado en el ICOPE, tiene tres propósitos fundamentales:

(i) Formar recursos humanos de pregrado y posgrado de las ciencias sociales y de la salud, para que desarrollen competencias para el diagnóstico de la capacidad intrínseca y entorno individualizado y colectivo de los adultos mayores con un enfoque centrado en la persona, para proponer acciones y estrategias que permitan potenciar la capacidad funcional, para el bienestar y calidad de vida, a través de mantener, prolongar y recuperar la funcional física, psicológica y social, con el enfoque del envejecimiento activo en los núcleos gerontológicos, desarrollando y fortaleciendo el empoderamiento y ayuda mutua entre pares, reconociendo el capital humano y social de los adultos mayores para su propio desarrollo y el de otros.

(ii) Desarrollar proyectos de investigación de gerontología comunitaria, para evaluar el impacto de diferentes intervenciones de estilos de vida y entornos saludables sobre los dominios del ICOPE, para que puedan ser adoptadas y adaptadas en instituciones públicas y privadas que promuevan el envejecimiento saludable.

(iii) Formar adultos mayores como promotores de salud gerontológica, para la coordinación de los núcleos gerontológicos y otros proyectos generativos.

MISIÓN

Contribuir al bienestar integral de las personas mayores, mediante el desarrollo de un modelo de núcleos gerontológicos adaptado al marco de la atención integrada para adultos mayores (ICOPE), a través de la formación de recursos humanos con competencias para implementar programas de gerontología comunitaria y llevar a cabo proyectos de investigación que permitan identificar los factores asociados a la disminución de la capacidad intrínseca y entornos desfavorables para la capacidad funcional y el bienestar en diferentes contextos. Así como la identificación de los estilos de vida y entornos saludables más adecuados, considerando la atención centrada en la persona.

VISIÓN

Ser reconocidos como un centro universitario para la formación de recursos humanos y desarrollo de proyectos de investigación, para la adaptación y mejora de un modelo comunitario para un envejecimiento saludable en el marco del ICOPE centrado en la persona, considerando el capital humano y social de las personas mayores en su implementación, que pueda ser adoptado y adaptado en diferentes contextos públicos y privados.

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un modelo de núcleos gerontológicos adaptado al ICOPE centrado en la persona para el envejecimiento saludable en diferentes contextos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y evaluar las condiciones clínicas y personales relacionadas con la capacidad intrínseca.
- Identificar y evaluar las características del entorno.
- Identificar los factores asociados a la capacidad intrínseca y entorno, que favorezcan o limiten la capacidad funcional para el envejecimiento saludable en la comunidad.
- Formar recursos humanos de pregrado y posgrado en el desarrollo de competencias para el diagnóstico, intervenciones personales y comunitarias para el envejecimiento saludable en el marco del ICOPE.
- Desarrollar proyectos de investigación multidisciplinarios para implementar y evaluar el impacto de programas comunitarios de estilos de vida y entornos, que favorezcan los dominios del ICOPE en los núcleos gerontológicos.
- Formar adultos mayores como promotores de salud gerontológica, para la coordinación de núcleos gerontológicos y otros proyectos generativos.

PROGRAMAS

I. Capacidad intrínseca

Características personales, estado de salud y aptitudes físicas, psicológicas y sociales:

- (i) Edad, sexo, escolaridad, estado civil (vive con pareja), ocupación.
- (ii) Tabaquismo, ingesta de bebidas alcohólicas, automedicación.
- (iii) Estilos de vida (ejercicio físico, alimentación, ocio y recreación).
- (iv) Alimentación y estado de nutrición (recordatorio de 24 horas, valoración nutricional, masa grasa y muscular).
- (v) Estado de salud (diagnósticos y control), medicamentos y polifarmacia.
- (vi) Capacidad sensorial (visión, audición, gusto y olfato).
- (vii) Sueño (insomnio, somnolencia, apnea del sueño).
- (viii) Estado afectivo (depresión, autoestima y bienestar).
- (ix) Funciones cognitivas (atención, orientación, memoria, funciones ejecutivas, gnosis, praxias, lenguaje, cognición social, habilidades visoespaciales).
- (x) Servicios médicos (IMSS, ISSSTE, otros).
- (xi) Actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.
- (xii) Redes de apoyo social (formales e informales). Especificar el número y parentesco de las personas que le acompañan o cuidan con frecuencia. Tipo de apoyo ofrecido y recibido.
- (xiii) Participación social (grupos comunitarios, voluntariado y otras actividades generativas).
- (xiv) Ingreso económico suficiente para sus necesidades.
- (xv) Motivos de vida.

II. Entorno

Características de la vivienda, zona aledaña, centros y programas gerontológicos, y políticas públicas.

- (i) Características de la vivienda (casa propia o rentada, número de habitaciones y personas que viven en casa, convive con animales, tiene mascota, barreras arquitectónicas en casa)
- (ii) Barreras arquitectónicas de la zona aledaña de su domicilio (lugares que visita con frecuencia).
- (iii) Parques cercanos a su domicilio.
- (iv) Características y tipo de transporte
- (v) Centros de salud (medicina familiar, hospitales generales y hospitales de tercer nivel)
- (vi) Centros comunitarios para adultos mayores
- (vii) Programas de atención y recreación específicos para adultos mayores.
- (viii) Políticas municipales, estatales y nacionales para adultos mayores.

III. Capacidad funcional

Tipos y grados de funcionalidad

- (i) Capacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- (ii) Capacidad de movilidad.

- (iii) Capacidad de establecer y mantener redes de apoyo social.
- (iv) Capacidad para mantener y prolongar el desarrollo humano y autonomía (aprender, crecer y tomar decisiones) durante el envejecimiento.
- (v) Capacidad de ser generativo (contribuir con la sociedad).

IV. Programas para el envejecimiento saludable

- (i) Consejería gerontológica (cambios biológicos del envejecimiento, autocuidado para la salud en la vejez, redes de apoyo social, autogestión, opciones de desarrollo humano en la vejez, visión positiva del envejecimiento, contrarrestar el viejismo).
- (ii) Consejería psicológica (autoestima, depresión, soledad, bienestar, calidad de vida, felicidad).
- (iii) Higiene del sueño (talleres breves para adoptar estilos de vida, para mejorar la calidad del sueño).
- (iv) Consejería nutricional (opciones de dietas para el envejecimiento saludable, centrados en la persona).
- (v) Ejercicio físico en la comunidad y tele-entrenamiento en casa (Tai Chi, ejercicio de fuerza, y otros acordes a la condición de la persona).
- (vi) Estimulación cognitiva centrada en la persona (actividades cotidianas que permitan mantener, prolongar o recuperar las funciones cognitivas).
- (vii) Actividades de ocio y recreación (baile, canto con karaoke, lectura comentada, cine debate, redacción de memorias e historia de vida, entre otros).
- (viii) Proyectos generativos (huertos familiares, voluntariado, cuidadores, podcasts sobre envejecimiento saludable, entre otros).
- (ix) Empoderamiento gerontológico (sociodramas mensuales videograbados).
- (x) Gerodontología preventiva.

V. Formación de promotores gerontológicos

- (i) Talleres para la formación de adultos mayores como Promotores de Salud Gerontológicos (40 horas, 10 sesiones semanales de cuatro horas). Un taller cada semestre.

VI. Promoción de envejecimiento saludable

- (i) Programación semestral de charlas sobre envejecimiento saludable (Sesiones de una hora).
- (ii) Podcast sobre envejecimiento saludable, entrevistas breves (30 minutos) una vez por mes.
- (iii) Infografías sobre tópicos específicos de envejecimiento saludable.
- (iv) Mentorías “entre pares” (entre adultos mayores) para el envejecimiento saludable.

VII. Asesorías de servicio social y tesis

- (i) Sesiones académicas semanales sobre tópicos de envejecimiento saludable.
- (ii) Asesorías y mentorías personalizadas a los estudiantes de pregrado y posgrado.
- (iii) Presentación de avances mensuales de los proyectos de investigación de pregrado y posgrado.

Boletín de la Evidencia

Marzo-abril, 2024

Suplemento 2 Vol. 6 Núm 1.

ISSN: 2683-1422

Participantes

- (i) Profesores adscritos a la Unidad de Investigación en Gerontología
- (ii) Pasantes de servicio social de las carreras de Cirujano dentista, Desarrollo Comunitario para el Envejecimiento, Enfermería, Médico cirujano, Nutriología y Psicología.
- (iii) Adultos mayores usuarios del CUENSA

Infraestructura

El espacio del CUENSA está concebido como un espacio versátil, por lo que su interior es un área abierta (sin muros) y amplia (con mobiliario movable) que permite que los facilitadores lleven a cabo la capacitación teórica-práctica de los adultos mayores, para el desarrollo del modelo, considerando los programas establecidos.

Ubicación

El CUENSA está ubicado en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) "Los Reyes". Prolongación Avenida Pantitlán y calle Topiltzin S/N Col. Ancón los Reyes la Paz, Edo de México, C.P. 56410.

AGRADECIMIENTOS

El CUENSA cuenta con el apoyo financiero del proyecto de investigación PAPIME PE308923 "Desarrollo de un modelo para el mejoramiento de la enseñanza sobre las estrategias para el envejecimiento saludable a nivel comunitario".

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO;2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>
3. Mendoza-Núñez VM. Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM: Aportaciones en el estudio del envejecimiento. Revista Casos y Revisiones de Salud. Boletín de la Evidencia. 2023; 5(1 Suppl. 2): 1-14. Disponible en: <https://cysr.zaragoza.unam.mx/volumenes/>
4. Mendoza-Núñez VM, Correa-Muñoz E, Sánchez-Rodríguez M, Retana-Ugalde R. Modelo de atención de núcleos gerontológicos. GERIATRIKA. Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología. 1996;12: (10), 15-21.

Boletín de la Evidencia

Marzo-abril, 2024

Suplemento 2 Vol. 6 Núm 1.

ISSN: 2683-1422

5. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Gerontología comunitaria. México: FES Zaragoza; 2004.
6. Martínez-Maldonado ML, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. BMC Public Health. 2007;7:276. doi:10.1186/1471-2458-7-276.
7. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Correa-Muñoz E. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. BMC Geriatrics. 2009;9:40. doi:10.1186/1471-2318-9-40
8. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Envejecimiento Activo y Saludable. Fundamentos y Estrategias desde la Gerontología Comunitaria. México: FES Zaragoza, UNAM; 2013.
9. Martínez-Maldonado ML, Chapela C, Mendoza-Núñez VM. Training of Mexican elders as health promoters: a qualitative study. Health Promot Int. 2019;34(4):735-750. doi: 10.1093/heapro/day026.
10. Mendoza-Núñez VM, Vivaldo-Martínez M. Community gerontology model for healthy aging developed in Mexico framed in resilience and generativity. J Cross Cult Gerontol. 2019;34(4):439-459. doi:10.1007/s10823-019-09385-5.

D.R. © Marzo-abril. Centro Universitario de Envejecimiento Saludable (CUENSA) de la FES Zaragoza, UNAM: Una propuesta para la Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE) 2024; 6 (Supl 2): 1-11 <https://doi.org/10.22201/fesz.26831422e.2024.6.2s.1>

Suplemento **Boletín de la evidencia** de la **Revista Casos y Revisiones de Salud**

Coordinador: Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez
 Información: Dra. Elsa Correa-Muñoz y
 Dra. Aurora Otilia Ramírez-Arellano
 Diseño: Catalina Armendáriz Beltrán

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Campus I,
 Av. Guelatao #66, Col. Ejército de Oriente, Alcaldía
 Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México
 Tels.: 56230700 ext. 30770. Email: mendovic@unam.mx