

**IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA, DESDE
EL ENFOQUE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE, EN EL CENTRO DE
ATENCIÓN INTEGRAL INMACULADA CONCEPCIÓN, DE FUNES-NARIÑO EN EL
2022**



ELKIN SEBASTIÁN ENRÍQUEZ

**UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA GERONTOLOGÍA
2022**

**IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA, DESDE
EL ENFOQUE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE, EN EL CENTRO DE
ATENCIÓN INTEGRAL INMACULADA CONCEPCIÓN, DE FUNES-NARIÑO EN EL
2022**



ELKIN SEBASTIÁN ENRÍQUEZ

ASESORA

**GLORIA AMPARO GIRALDO ZULUAGA
MAGISTER EN EDUCACIÓN**

**UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA GERONTOLOGÍA
2022**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, Quien me brindó la fortaleza necesaria para superar los inconvenientes que se me fueron presentando en el proceso de cumplir la pasantía y ayudarme a llegar a este momento tan importante en nuestras vidas.

Agradezco la colaboración atenta y solidaria, a mis padres Gloria y Carlos por sus sabios consejos, afecto, apoyo, paciencia, para motivarme a continuar siendo persistente y alcanzar todas mis metas.

A mi tutora Gloria Amparo, por haberme guiado por el camino profesional con tanta paciencia y dedicación a lo largo de este proceso.

También agradezco a todos los docentes del programa de Gerontología por mi proceso formativo y proporcionado a los mejores profesionales que brindaron su tiempo, enseñanza en el bienestar del adulto mayor.

Resumen

Este proyecto de pasantía se llevó a cabo en el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes-Nariño, con el objetivo de Implementar servicios de atención gerontológica desde el enfoque de envejecimiento activo y saludable. Metodológicamente, el trabajo estuvo dirigido por el Diagnóstico situacional de Salud, se usaron una serie de estrategias en las que se aplicó una ficha sociodemográfica a los adultos mayores institucionalizados y del programa Colombia Mayor. También se aplicó una valoración multidimensional inicial y final del proyecto a los adultos mayores institucionalizados, la estrategia de atención primaria en salud con un programa de prevención y promoción de la salud, en la parte de prevención toda la educación en salud y en la parte de promoción la valoración, entrenamiento cognitivo, actividad física. Al igual se apoyó en la parte administrativa en el buen funcionamiento de la institución. Como resultado se logró mejorar la funcionalidad del adulto mayor, se logró tomar mayor conciencia sobre su situación y de esa forma minimizar los factores de riesgo, igual mejorar estados de ánimo, se presentó una mayor motivación para su participación y se mejoró la atención percepción y memoria. Uno de los mayores aportes de la intervención gerontológica fue generar estrategias de salud pública desde una base poblacional, lo cual permitió realizar acciones concretas, (educación para la salud individual y colectiva, estilos de vida saludables, atención centrada en la persona, valoración de la capacidad funcional, estimulación cognitiva) enfocada en el bienestar de calidad de vida.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, envejecimiento activo y saludable

Summary

This internship project was carried out at the Inmaculada Concepción Comprehensive Care Center for the Elderly in Funes-Nariño, with the aim of implementing gerontological care services from the active and healthy aging approach. Methodologically, the work was directed by the Situational Health Diagnosis, a series of strategies were used in which a sociodemographic record was applied to institutionalized older adults and the older adult program. An initial and final multidimensional assessment of the project was also applied to institutionalized older adults, the strategy of primary health care with a program of prevention and health promotion, in the prevention part all health education and in the part of promotion assessment, cognitive training, physical activity. Likewise, it was supported in the administrative part in the proper functioning of the institution. As a result, it was possible to improve the functionality of the older adult, it was possible to become more aware of their situation and thus minimize risk factors, as well as improve moods, greater motivation for their participation was presented and attention, perception and memory. One of the greatest contributions of the gerontological intervention was to generate public health strategies from a population base, which allowed for concrete actions (individual and collective health education, healthy lifestyles, person-centered care, evaluation of functional capacity, cognitive stimulation) focused on well-being and quality of life.

Keywords: older adult, quality of life, active and healthy aging

TABLAS DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Envejecimiento, vejez y salud	15
2. DIAGNÓSTICO	16
2.1 Plan de desarrollo 2020-2030, por el Alcalde Municipal de Funes	18
2.2 Recursos humanos	19
2.3 Recursos Materiales	20
2.4 Recursos financieros	23
3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	25
4. JUSTIFICACIÓN	27
5. OBJETIVOS	29
5.1 Objetivo General	29
5.2 Objetivos Específicos	29
6. MARCOS DE REFERENCIA	30
6.1 Antecedentes	30
6.1.1 Antecedentes Internacionales	30
6.1.2 Antecedentes Nacionales	34
6.2 Marco Teórico	38
6.2.1 Envejecimiento y vejez	38
6.2.1.1 Centros de atención para los adultos mayores	40
6.2.1.2 Principales dimensiones del envejecimiento y la vejez que aborda las instituciones	42

6.2.2	Envejecimiento activo y saludable	42	
6.2.3	Hábitos de Vida Saludable	45	
6.2.4	Atención centrada en la persona	46	
			pág.
6.3	Marco Conceptual	50	
6.4	Marco Normativo	51	
6.4.1	Ley 1315 de 2009, (2009)	52	
6.4.2	Ley 1276 de 2009, (2009)	52	
6.4.3	Resolución No. 3280 de 2018, (2018)	52	
6.4.4	Ley 1122 de 2007, (2007)	53	
6.4.5	Resolución 429 de 2016, (2016)	53	
6.4.6	Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024, (2015)	53	
6.4.7	Ley 1171 de 2007, (2007)	54	
6.4.8	Guía Para Aplicación De Estándares y Criterios en Centros y Servicios de Atención Integral de Personas Mayores	54	
6.5	Marco Contextual	55	
6.5.1	Departamento de Nariño	55	
6.5.2	Municipio de Funes	56	
6.5.3	Historia del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción	56	
7.	METODOLOGÍA	58	
7.1	Población	58	
7.2	Muestra	58	
7.3	Técnicas de recolección de la información	58	

7.4	El análisis para la determinación de sus factores y cualidades:	60
7.5	La planificación de las acciones para eliminar o controlar esos factores y dar soluciones a los problemas:	60
7.6	ESTRATEGIA OPERATIVA	60
7.6.1	Horario del gerontólogo	61
7.6.2	Cronograma de actividades	62
7.6.3	Fases del Diagnóstico Integral En salud	63
7.7	Plan de acción	64
7.8	Metas del dis	70
7.9	Componente bioético	71
8.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	73
8.1	Caracterización de la población adulta mayor institucionalizado y adultos mayores del programa Colombia Mayor.	73
8.2	Actividades de prevención	76
8.3	Actividades de promoción	78
8.3.1	Atención Centrada en la persona	79
8.3.2	Resultados valoración gerontológica	80
8.3.3	Entrenamiento físico en adultos mayores institucionalizados y Programa Colombia Mayor	86
8.3.4	Entrenamiento cognitivo	87
8.4	Actividades administrativas	96
9.	APORTES Y ALCANCES	100
	CONCLUSIONES	101
	REFERENCIAS	104
	ANEXOS	109

ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. <i>Pasos de la estructuración del proyecto</i>	17
Tabla 2. <i>Principios y criterios de la atención integral y centrada en la persona</i>	48
Tabla 3. <i>Horario del gerontólogo</i>	61
Tabla 4. <i>Cronograma de actividades</i>	62
Tabla 5. <i>Plan de acción</i>	66
Tabla 6. <i>Metas del DIS</i>	70
Tabla 7. <i>Edad</i>	73
Tabla 8. <i>Sexo</i>	74
Tabla 9. <i>Estado Civil</i>	74
Tabla 10. <i>Nivel de escolaridad</i>	74
Tabla 11. <i>Nivel de Familia</i>	75

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. <i>Actividades de la vida diaria</i>	81
Gráfica 2. <i>Valoración del estado cognitivo</i>	82
Gráfica 3. <i>Escala de Yesavage</i>	83
Gráfica 4. <i>Recursos sociales</i>	85
Gráfica 5. <i>Actividades físicas</i>	87
Gráfica 6. <i>Actividad Domino</i>	89
Gráfica 7. <i>Memoria de Conciliación</i>	89
Gráfica 8. <i>Orientación en estado cognitivo</i>	91
Gráfica 9. <i>Estimulación de la memoria sensorial</i>	92
Gráfica 10. <i>Actividad de Agnosia</i>	93
Gráfica 11. <i>Estimulación de reminiscencia</i>	94
Gráfica 12. <i>Señalización del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes</i>	96
Gráfica 13. <i>Creación y actualización de documentos exigidos por el instituto departamental de salud</i>	97
Gráfica 14. <i>Acompañamiento entrega del subsidio Programa Colombia Mayor</i>	99

ÍNDICE DE IMÁGENES

	pág.
Imagen 1. <i>Plan de la infraestructura</i>	21
Imagen 2. <i>Infraestructura antigua</i>	21
Imagen 3. <i>Plan de la nueva construcción</i>	22
Imagen 4. <i>Mapa de Nariño. (2012, julio 24). Mapsofworld.com</i>	55
Imagen 5. <i>Municipio de Funes-Nariño.</i>	56
Imagen 6. <i>Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes-Nariño (26/10/2021</i>	57

ÍNDICE DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Instrumentos de valoración gerontológica integral	109
Anexo B. Consentimiento informado	116
Anexo C. Ficha de caracterización	118

INTRODUCCIÓN

La implementación servicios de atención gerontológica, desde el enfoque de envejecimiento activo y saludable está basada en ofrecer servicios que aporten beneficios a la población adulta mayor, es por ello que el Gerontólogo es base fundamental para desarrollar una atención integral que va abarcada a desarrollar iniciativas de los adultos mayores para que ellos tengan la importancia de obtener servicios de calidad y que no se sientan excluidos de la sociedad permitiendo lograr que obtengan una vejez digna de calidad.

Para Rodríguez Rodríguez, (2013), la Atención Centrada en la Persona (ACP) es un enfoque que conlleva, el desarrollo de competencias profesionales determinadas, dirigidas a la identificación y promoción de las competencias de las personas para las que se trabaja. Persigue promover que quien la recibe sea capaz, mediante los apoyos precisos, de ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia y, al tiempo, poder desarrollar al máximo su autonomía personal para seguir desarrollando y controlando su propio proyecto de vida.(pp. 1-32)

Los principios que habitualmente definen la atención gerontológica: personalización, integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social, continuidad, entre otros, son habitualmente enunciados y aceptados, sin embargo, la concreción de ellos en el día a día de los servicios y centros, muchas veces sujetos a numerosas normas organizativas, condiciones laborales y rutinas asistenciales, queda pendiente o se tropieza con importantes dificultades, para ello es necesario implementar la atención centrada en la persona, como modelo de atención para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia usuarias de los servicios y centros de atención que pretenden contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención gerontológica, situando en el centro de atención a la persona mayor, permitiendo su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo, mediante esta atención se pretende facilitar la atención en el día a día de los contextos de cuidados y procesos asistenciales, la atención centrada en la persona va orientar el servicio de valoración funcional del área física, cognitiva, emocional y social en los Centros de Atención Integral, con independencia de que algunos de los contenidos de esta guía hayan sido elaborados pensando en la mayor complejidad organizativa que tienen estos últimos, implementar este

servicio en la comunidad, donde no existe un modelo de atención centrada en la persona demanda una nueva concepción de los papeles y relaciones de quienes tomamos parte en el proceso de atención.

Desde la perspectiva que me ha brindado mi formación como Gerontólogo, he decidido poner en pleno uso mis habilidades desarrollando un proyecto que busca mejorar la calidad de atención del “Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes” desde un enfoque que plantea intervenir en cada una de las áreas de salud integral del adulto mayor, las cuales son necesarias para un desarrollo pleno de la vejez. Dichas áreas, comprometen directamente mi intervención con los adultos mayores ya que se hizo necesaria, la introducción de múltiples actividades que buscan suplir sus necesidades dentro de su entorno.

Para lograr una conceptualización adecuada, que cumpla con los parámetros y mantenga completa fidelidad con el bienestar del adulto mayor, se plantea una serie de objetivos entre los cuales, la primera intervención de peso se encuentra en la realización de análisis poblacional. Esta caracterización de la población permite identificar el perfil de los adultos mayores contemplados en el proyecto, con el fin de realizar cada actividad aplicando criterios que busquen la mayor efectividad en la población de estudio.

La importancia del área de este proyecto se ve reflejada en cada enfoque específico, que se desarrolló durante el proceso de intervención con los adultos mayores, ya que desde la construcción de un registro informativo intuitivo, se procedió a elaborar las diferentes estrategias a utilizar, tomando en cuenta hasta los pequeños.

La aplicación de la valoración multidimensional es uno de los pasos críticos que asignó una relevancia crucial a ciertas necesidades de la población de adultos mayores en el desarrollo actual del proyecto.

La efectividad que puedan tener las actividades, no solo fue medida o implementada bajo un criterio investigador previo, ya que durante el desarrollo de las mismas se realizó un sondeo completo para detectar los cambios que se ajustaron durante el desarrollo del proyecto de manera eficaz; se utilizaron herramientas de medición como el índice de Barthel, Minimental, Yesavague

y Oars, las cuales fueron aprovechadas como filtro, para refinar la propuesta cambiante y evolutiva en beneficio del adulto mayor.

En el proceso, se apuntó a maximizar los esfuerzos tanto personales, como de equipo, para velar por la manutención y el desarrollo cognitivo de los adultos mayores, con actividades físicas y cognitivas que, aprovechando la capacidad motora, buscan generar una mejora significativa en el proceso mental, emocional y social en el desarrollo de la personalidad, logrando que los involucrados tengan una mejor calidad de vida y un saludable proceso de envejecimiento.

1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Envejecimiento, vejez y salud

Comprende los estudios relacionados con el envejecimiento individual y colectivo, con la vejez como etapa final de la ontogénesis y la salud como un continuo multidimensional que está determinado por múltiples factores. El envejecimiento se concibe como un proceso vital inherente al desarrollo humano, presente en mayor o menor grado en todos los momentos de la vida de los organismos y como consecuencia del transcurso del tiempo; la vejez como una construcción personal, en la cual cada individuo de acuerdo con sus posibilidades y limitaciones, es responsable y participa de manera activa en su forma de envejecer; y la salud entendida como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de las capacidades de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (como se cita en Salleras, 1990), (Parra Sannicolás, 2006).

2. DIAGNÓSTICO

El presente proyecto se realizó mediante la aplicación del modelo Diagnóstico Integral en Salud-DIS. Pineault y Daveluy, citados por Ramos Domínguez, (2006) lo definen, como una técnica de investigación que permite identificar y analizar la situación de la salud de una comunidad o población, con el objetivo de determinar problemas y necesidades de la salud, y caracterizar los factores determinantes como parte de un proceso que no concluye hasta que se encuentren soluciones a los problemas detectados(párr. 1).

El Diagnóstico Integral en Salud-DIS, es imprescindible de cualquier proceso de planificación y programación sanitaria, cuyo desarrollo debe permitir mejorar el nivel de salud de la población; puesto que las necesidades o problemas del adulto mayor no ocurren aisladamente, sino que se presentan en estrecha relación con el contexto en el cual aparecen, para encontrar explicaciones al por qué ocurren, tenemos que situarlos en la realidad y tiempo en que se producen.

Un buen diagnóstico es clave para orientar políticas, planes y programas en cuanto a las acciones de promoción, prevención e intervención en la salud, todo esto con el propósito de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población (Secretaría de Salud de México & OPS/OMS, 2016, p. 4).

El Diagnóstico Integral de Salud se desarrolló en las siguientes fases:

1. Definición del objetivo y caracterización de la población.
2. Análisis e interpretación de la información / de las necesidades de salud.
3. Análisis de riesgo y priorización.
4. Resultados.
5. Plan de acción /plan de trabajo.
6. Evaluación.

Por consiguiente, para la estructuración del proyecto se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

Tabla 1. *Pasos de la estructuración del proyecto*

N°	Pasos	Concepto
1	Diagnóstico	Permite identificar las problemáticas de una determinada población, para conocer y determinar sobre cual se va a trabajar.
2	Planificación	Se estructura la información basada en la problemática y se responde a la pregunta ¿el para qué? del proyecto, debemos recordar que deben ser claras, realistas y medibles para un mejor desarrollo.
3	Ejecución	Es la aplicación del plan de trabajo estructurado en base a la solución de la problemática
4	Evaluación	Es el proceso de reflexión que ayuda a medir objetivamente ciertas magnitudes cuantitativas resultantes del estudio del proyecto.

Para realizar el diagnóstico se tuvo en cuenta la valoración gerontológica de los adultos mayores institucionalizados, permitiendo identificar el estado que se encuentran a nivel físico, cognitivo, emocional y social e identificar las necesidades y a partir de allí integrarlos al plan de acción respecto a la implementación de servicios de atención gerontológico desde el enfoque de envejecimiento activo y saludable en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño, articulado con la Política Departamental de Nariño.

Se toma como referente el Acuerdo No. 002, (2019) por medio del cual se adopta la política departamental de Nariño de envejecimiento y vejez (2018-2030)

Esta política está dirigida a

[...] proyectar acciones encaminadas a promover la calidad de vida de los adultos mayores, a través del reconocimiento, garantía y establecimiento de los derechos, generando intervenciones diferenciales y con criterio de universalidad que forjen acciones y espacios para el envejecimiento activo y saludable (Alcaldía de Pasto, 2018).

También, resalta la importancia de las acciones encaminadas en un enfoque de curso de vida, enfoque diferencial, enfoque étnico y multicultural y un enfoque territorial que permite direccionar el proceso de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez.

Además, se enmarca en siete ejes estratégicos que tienen un énfasis importante en los problemas y soluciones identificados por los participantes en el proceso de formulación que son;

1. Garantía, ejercicio y promoción para el goce efectivo de derechos.
2. Cultura del envejecimiento y la vejez.
3. Desarrollo social y familiar
4. Accesibilidad y transporte.
5. Fortalecimiento institucional.
6. Identidad y cultura del pueblo Quillacinga.
7. Etnias (Alcaldía de Pasto, 2018).

El Municipio de Funes no cuenta con una política del envejecimiento y vejez, razón por la cual se toma como referencia la política departamental. El Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño, entidad pública se ofrecían los servicios de alimentación, hospedaje, aseo y cuidado personal. Lo que se planteó desde la pasantía fue implementar servicios de atención gerontológica desde el envejecimiento activo y saludable a esta población. Se trabajó con base en el Eje 1, 2,3 y 5 de la Política Departamental de envejecimiento y la vejez.

2.1 Plan de desarrollo 2020-2030, por el Alcalde Municipal de Funes

El plan de desarrollo de la Alcaldía Municipal de Funes Nariño, (2020), es

[...] el resultado de un trabajo tomado con base a las necesidades de toda la comunidad del Municipio, donde expresaron con sus voces todas sus inquietudes, razón por la cual se trabaja para garantizar el cumplimiento de las mismas, y brindar las mejores condiciones de servicio a la comunidad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores del municipio. Asimismo, de manera articulada se trabaja todas las personas, los organismos y las

entidades del Estado en la búsqueda diaria que conduzca a solventar y mejorar la calidad de vida (Alcaldía de Funes, 2020).

Sin embargo, con la información suministrada anteriormente por la Alcaldía Municipal de Funes-Nariño en su Plan de desarrollo, se logra identificar que:

- No había un profesional idóneo que trabaje adecuadamente en la atención integral del adulto mayor.
- Faltaban de espacios adecuados, integrales y dotados para la atención a los adultos mayores.
- No había una atención integral que cubra las necesidades de la población adulta mayor del municipio.

2.2 Recursos humanos

La Alcaldía Municipal de Funes, y el señor Jhon Henry Cundar Arévalo, en calidad de representante legal del “Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes- Nariño”, cuenta con el siguiente personal:

- 1 coordinador del programa “Adulto Mayor”.
- 1 enfermera.
- 1 fisioterapeuta.
- 1 secretaria general
- 1 manipuladora de alimentos
- 1 personal de aseo

Posteriormente, se hizo la vinculación del gerontólogo con las competencias y perfil profesional, el cual es el encargado de la atención integral, y responde a las necesidades multidimensionales de los adultos mayores del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes.

Competencias específicas del Ministerio de salud y protección Social (MSPS) para el gerontólogo

Entre las competencias, se encuentran:

- El fomento del envejecimiento activo y saludable

- Intervención en dependencia funcional y cuidado.
- Educación en salud.

Perfiles del Gerontólogo:

- **Gestionador:** De los diferentes recursos o procesos que requieran dentro del proyecto en la implementación.
- **Investigador:** El estudiante con su proyecto de pasantía, genera conocimiento científico para la implementación de servicios gerontológicos en los adultos mayores.
- **Conocedor:** El estudiante realiza una buena praxis profesional de todos los conocimientos académicos adquiridos durante el desarrollo de los semestres exigidos por el programa de Gerontología.
- **Facilitador:** promueve cambios en la capacidad funcional tanto individuales como colectivos y sociales, para el logro de un envejecimiento activo y una vejez autónoma y competente.

2.3 Recursos Materiales

El Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes es una dependencia de la Alcaldía Municipal que comenzó su funcionamiento en el año 2000 como una entidad pública, ofreciendo los servicios de alimentación, hospedaje, aseo y cuidado personal, en una infraestructura antigua y poco funcional, con una planta de un piso, una cocina, un comedor, una bodega, tres habitaciones, zona de lavandería y una oficina de enfermería. (Imágenes 1 y 2).

Imagen 1. *Plan de la infraestructura*

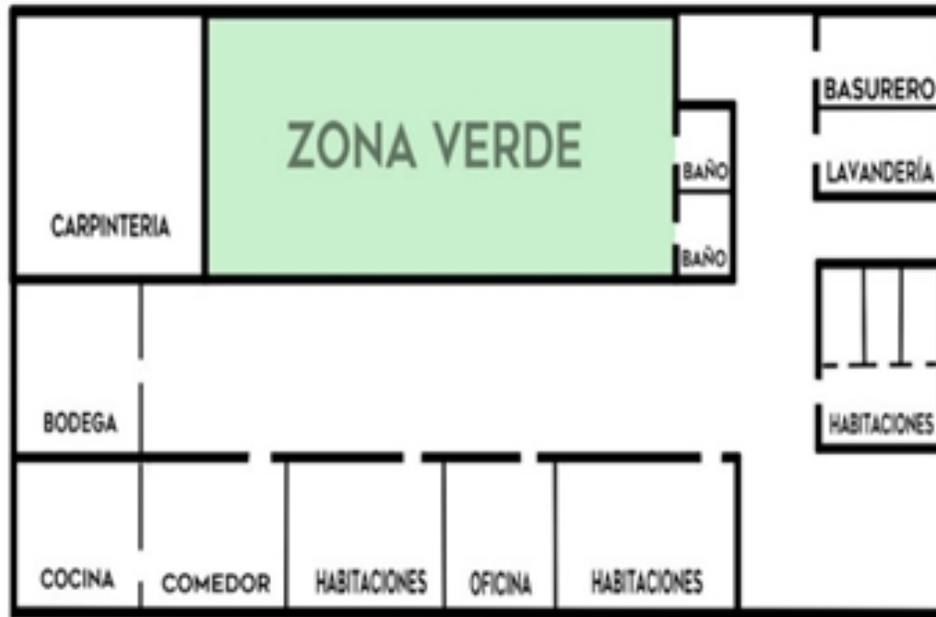


Imagen 2. *Infraestructura antigua*



En la actualidad, el alcalde municipal de Funes, Dr. Jhon Henry Cundar Arévalo, quien a su vez funge como representante legal del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes-Nariño, invirtió recursos económicos para la ampliación y adecuación de la infraestructura del Centro de atención Integral, como se aprecia en la imagen 3.

Imagen 3. *Plan de la nueva construcción*



Para la creación del servicio de atención gerontológica, el alcalde amplió la planta física.

Dicha infraestructura se organizó de la siguiente manera:

- Oficina del gerontólogo
- Salón de actividades o capacitaciones
- Habitaciones con capacidad de dos camas
- Baños
- Cocina
- Restaurante
- Zonas de descanso

El gerontólogo se vinculó a partir del convenio de la Universidad del Quindío y la Administración de la Alcaldía Municipal, para realizar la pasantía en el primer semestre del 2022, su jefe directo es el alcalde municipal quien puso a su disposición una oficina para atender consulta a los usuarios del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes y un salón de encuentros para actividades como charlas, asesorías, campañas de salud, entre otros.

El Centro de atención cuenta con la licencia de funcionamiento, basada en la Ley 1315 del 2009 en el Artículo 4: De la solicitud para la instalación y funcionamiento de los centros de protección social. El representante legal de las instituciones reguladas mediante esta ley, solicito ante la Secretaría de Salud correspondiente sea esta Departamental, Distrital o Municipal la autorización para su funcionamiento e instalación del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes, adjuntando además de los requisitos establecidos en la ley especial para adulto mayor. A través de la Resolución de funcionamiento N°. 1922 del 2 de agosto de 2021, y aprobado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño -IDSN.

2.4 Recursos financieros

Para el funcionamiento del centro se cuenta con una asignación de la “Estampilla pro-adulto mayor” rubro Nro. *1.1.01.02.300.01.001.003* con un presupuesto definitivo para la vigencia 2021 de ciento ochenta y seis millones quinientos veintiún mil pesos m/cte \$ 186.521.000, información suministrada por la oficina de tesorería municipal de Funes-Nariño.

Para gastos de “La Estampilla pro-adulto mayor”, se tiene en cuenta la ley 1850 de 2017 (El Congreso de Colombia, 2017) que modifica la ley 1276/2009, especialmente en su Art. 15, así:

- El 70% para la financiación de los Centros Vida.
- El 30% restante, a la dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano.

El hecho generador de la estampilla para el bienestar del adulto mayor, se surte para quienes suscriben contratos, adiciones o modificaciones a los mismos con el municipio de Funes en su nivel central, empresas municipales, personería y concejo municipal, y su tarifa corresponde al 4% de la base gravable.

El alcalde municipal, con base en los recursos establecidos por la estampilla, ha determinado para el nuevo profesional de gerontología del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño, un pago de \$1.200.000, durante el período de la pasantía. Dicho presupuesto se tendrá para el apoyo y la atención del adulto mayor del municipio tanto institucionalizado como no institucionalizado.

3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El Municipio de Funes tiene 6.211 habitantes, de los cuales 13,5% adultos mayores, se trabajó con adultos mayores pertenecientes en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño.

El municipio cuenta con el programa de adultos mayores institucionalizados en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes, pero faltaban alternativas socio sanitarias para brindarle a la población adulta mayor del municipio una atención integral. En el Centro de Atención institucional, el problema está centralizado en la inexistencia de programas integrales para el adulto mayor, por falta de personal, ya que se cuenta con el apoyo de quien coordina el programa adulto mayor en el municipio, una secretaria, una enfermera, una manipuladora de alimentos y una encargada del aseo. Quienes cada una en su función específica no le brindan al adulto mayor una atención centralizada, lo que conlleva a una vida pasiva y sedentaria de los adultos mayores que repercute en su calidad de vida.

Por eso, se realizó una valoración para identificar las necesidades reales de los adultos mayores que les permita una mejor calidad de vida.

Para ello se realizó una valoración integral (Índice de Barthel, Minimental, Yesavage y el Oars) para identificar las necesidades reales del grupo de población vinculada a la institución en cuanto a las actividades de la vida diaria, estado cognitivo, estado emocional y la parte social, de las cuales se encontró:

En cuanto a las actividades diarias un 33% eran independientes, el 42% presentaban dependencia leve, 8% dependencia moderada y 17% dependencia total. Siendo las áreas más afectadas, en orden de importancia

A nivel cognitivo se identificó que el 62% de los adultos mayores evaluados, presentan deterioro cognitivo severo, un 15% presenta deterioro cognitivo moderado, 23% se encuentra en estado cognitivo normal.

A nivel emocional el 8% presenta síntomas depresivos graves, un 8% con síntomas depresivos moderados, 25% padecen síntomas depresivos leves y un 59% se encontraron sin síntomas depresivos.

A nivel social presentaron un 67% recursos sociales bastante deteriorados, el 25% ligeramente deteriorado y un 8% considera que tienen buenos recursos sociales.

4. JUSTIFICACIÓN

Desde la administración municipal se implementaron servicios de atención gerontológica con servicios integrales e integrados para la población adulta mayor y así dar cumplimiento a la Ley 1315 de 2009, (2009). La coordinación de este Centro a cargo del gerontólogo se fundamenta en esta misma Ley como lo plantea el Artículo 6

La dirección técnica de estos establecimientos está a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrolla las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y según la normatividad técnica que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social

Por lo tanto, se fortalece con el Artículo 7 que menciona que

[...] se deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas (Congreso de Colombia, 2009)

Los criterios que se tuvieron en cuenta se tomaron de Hernández & Mendoza (2018, p. 80),

- **Conveniencia:** El proyecto, es conveniente ya que el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes no contaba con una atención integral o gerontológica, el cual permitió implementar los servicios de atención integral, que sirven para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y lograr un envejecimiento activo y saludable.
- **Relevancia social:** La implementación de los servicios de atención gerontológica permite un mayor bienestar de los adultos mayores y sus familias e incluso para la Institución, beneficiando a los adultos mayores pertenecientes de la modalidad de hospedaje mediante atención gerontológica, valoración, estimulación cognitiva y se apoya el programa Colombia Mayor a partir de un programa de promoción y prevención de la salud.
- **Implicaciones prácticas:** Están dadas a los adultos mayores y la comunidad en general, ya que nunca han disfrutado de una atención gerontológica, lo que conllevó a implementar servicios de acuerdo con sus necesidades, y se promovió un mayor bienestar y calidad de vida.

Para la Universidad del Quindío y la Facultad de Ciencias de la Salud, con miras a fortalecer el que hacer del gerontólogo en contextos sociales y comunitarios, además del desarrollo de proyectos de emprendimiento y creación de empresa que tengan en cuenta las necesidades de los adultos mayores a nivel nacional, regional o local, son objetivos que se realizan con el fin de mejorar las condiciones de vida y lograr un mayor bienestar de los Adultos mayores.

Para el Programa de Gerontología, es importante seguir promoviendo a los estudiantes ejercer nuevos proyectos educativos, enfocados por procesos de intervención del gerontólogo, practicando sus competencias como profesional, y seguir planificando los conocimientos articulados con la fundamentación teórica que contextualizan a las exigencias de una sociedad, basada en el conocimiento con el propósito de dar una intervención práctica e integral en las problemáticas regionales y nacionales del adulto mayor.

Es importante conocer nuevas realidades de adultos mayores y de esa forma hacer un estudio basado en el trabajo de campo sobre la implementación de servicios de atención gerontológica, siendo esto una meta para obtener aportes significativos que sirvan a las futuras investigaciones.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Implementar servicios de atención gerontológica desde el enfoque de envejecimiento activo y saludable en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño 2022.

5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población objeto de estudio
- Promover el envejecimiento activo y saludable que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor.
- Fomentar hábitos de vida saludables para prevenir y minimizar los factores de riesgo en los adultos mayores del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción del municipio de Funes, Nariño.
- Minimizar el deterioro cognitivo de los adultos mayores, por medio de actividades de estimulación cognitiva.

6. MARCOS DE REFERENCIA

A continuación, se presentan los antecedentes de investigación llevados a cabo en diferentes partes del mundo, a nivel nacional y regional, en los que se soporta el presente trabajo. Esto permite identificar y aclarar aspectos determinantes frente a la problemática surgida durante el desarrollo de esta propuesta.

6.1 Antecedentes

6.1.1 Antecedentes Internacionales

En el Perú, en la investigación realizada por Mazacón Roca, (2017). *Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud*, cuyo objetivo fue objetivo determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas Provincia de Los Ríos, Ecuador, se utilizó la metodología a partir del diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Basado en una muestra total de 297 adultos mayores, a los cuales aplicaron una encuesta socio demográfica obteniendo datos de edad, sexo, procedencia, antecedentes de importancia y datos sobre si recibió la intervención del modelo de atención integral de salud. Los resultados obtenidos del cuestionario SF-36 mostraron que los mayores puntajes fueron para las Dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6). Se concluye que: los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social (Mazacón, 2017). Esto evidencia que las intervenciones ejecutadas en la población objeto de investigación no han tenido un efecto significativo, por diversos factores a determinar en otro estudio a desarrollarse que será cualitativo y cuantitativo. No existe diferencia significativa en la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Ventanas intervenidos por Modelo de Atención integral del Adulto Mayor en las dimensiones relacionadas a salud física. (Función física, desempeño físico, dolor físico y salud general). Se encontró que la mayor puntuación promedio la obtuvieron las dimensiones desempeño físico y salud general; mientras que los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones función física, y dolor físico (Mazacón, 2017, p. 96).

De otro lado, en la ‘Propuesta para Mejorar el servicio de atención del adulto mayor en el Hogar Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil’, (Macías, 2018), se plantea como objetivo diseñar un plan de mejoramiento de servicio para la atención del adulto mayor, a través de investigación de campo, elaborando propuesta en procesos de atención.

En el Ecuador, en una investigación de posgrado realizado por Macías Cedeño, (2018) titulado *Propuesta para mejorar el servicio de atención del adulto mayor en el Hogar Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil*, Mediante un estudio no experimental para la indagación del marco metodológico, con determinación de enfoque de investigación mixto, análisis cualitativo, se aplicó 147 encuestas para medir la calidad de todo el servicio en la organización, mostrando el elemento seguridad como el de mejor calidad e insuficiente para el resto de elementos analizados. El trabajo se basó en cuatro pilares fundamentales: Capacitación a hijos de adultos mayores, atención permanente en salas generales 24/7 días, comunicación y actividades recreativas. Las conclusiones alcanzadas demostraron que la mayoría de dimensiones del modelo SRVQUAL, en las expectativas esperadas por los clientes de la agencia fueron muy superiores a la calidad de servicios percibidos, a excepción de los elementos de seguridad donde las expectativas fueron superadas cumpliéndose el 102,3% de las mismas. La capacidad de respuesta de forma general solamente se alcanzó en un 72,35% de las expectativas de los clientes, particularmente el aspecto referente a la disposición a ayudar de los empleados se cumplió en un 111,61%, alcanzando una percepción muy buena de la calidad de este servicio (Macías, 2018, p. 105)

En Manzanillo, Cuba, Pons Delgado, Delgado Labrada, Oliva Reyes, Piña Delgado, Guerrero Viltres, y Pacheco González (2018). En su artículo *Propuesta de intervención para mejorar la atención integral al adulto mayor*, realizaron una estrategia de intervención para mejorar la atención integral que brinda el equipo multidisciplinario del Policlínico 1 de Manzanillo, Cuba, para fortalecer la calidad de atención y prolongar la vida de las personas. La metodología se basó en un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para caracterizar la atención que les brinda el equipo multidisciplinario a los adultos mayores de esta institución, durante el período marzo - julio 2016 y proponer una estrategia de intervención para mejorar la atención integral a estos. El universo estuvo constituido por 250 adultos mayores de 60 años del CMF No.9 y la muestra de tipo intencional la conforman 150 gerontes, lo que representa el 60 % entre los métodos de investigación utilizados están los teóricos y los empíricos, entre los teóricos se utilizaron, el

analítico sintético y el inductivo deductivo. Los resultados obtenidos de acuerdo con el cuestionario, el análisis de documento, la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF) y el índice de KATZ, mostraron que el grupo de edad más representativo fue de 65 y más años del (52 %), incidió el sexo masculino con un (55,8 %). En cuanto a la dispensarización, se pudo determinar que el grupo III con 74 pacientes, el 49,3 %, presentó enfermedades asociadas. Relacionado con la convivencia, se encontró, que la mayoría de los gerontes viven solos, lo que representó el 15,3 %; el 12,6 % con otros adultos mayores y el 10 % con personas que consumen alcohol u otras sustancias. Es importante destacar que el número de senescentes con necesidad de incorporarse a las casas de abuelos son 87 con el (58 %). En la evaluación geriátrica el mayor número correspondió al adulto mayor frágil con 95 gerontes del (62 %) lo que demuestra que existen insuficiencias al respecto. A través de este estudio se concluyó que las frecuencias de funcionamiento del equipo multidisciplinario para la atención integral al adulto mayor son insuficientes, corroborando la necesidad de implementar acciones que conlleven a fortalecer éstas en los diferentes contextos (institucional, familiar y comunitario). La estrategia que se propone, una vez aplicada, elevará la calidad en el accionar del equipo multidisciplinario en la atención al adulto mayor, y su consecuente beneficio (Delgado, et al., 2018)

En Ecuador, Torres López, (2014). En su estudio titulado: *Mejoramiento de la calidad de atención a las personas de la tercera edad del Grupo San José de la Libertad. Quito, 2014*, tuvo como objetivo mejorar la calidad de atención a los adultos mayores que asisten al grupo de la parroquia San José de la Libertad, en Loja, Ecuador. La metodología utilizada fue a través de herramientas técnicas gerenciales, con un estudio situacional, que permitió definir el problema principal y sus causas, estableció como problema mala calidad de atención a los adultos mayores por parte de sus familias. El resultado logrado mediante el desarrollo de los talleres obtuvo positivamente lo siguiente: Asistencia de los moradores con predisposición activa, participativa, colaborativa y entusiasta. Aceptación unánime de los asistentes acerca de la necesidad urgente de capacitación para mejorar el entorno de los adultos mayores. Total, predisposición de los asistentes a aplicar los conocimientos adquiridos durante los talleres llevados a cabo. El autor concluye que se cumple en forma satisfactoria. En los talleres de concientización se obtuvo una participación de 61% de la comunidad convocada, 50 familias que tienen en su núcleo familiar un adulto mayor que requiere de atención especial, determinada de acuerdo a la evaluación tipo encuesta de Likert. Los mismos reflejan que el 83 %, responde que los servicios de atención integral de adultos mayor

son muy buenos. Este proyecto permitió concluir que la participación de la comunidad en los talleres de concientización respecto de la problemática del adulto mayor refleja que existe interés por conocer los problemas que aquejan este grupo vulnerable de nuestra sociedad, y se demuestra que si existe compromiso por mejorar la calidad de vida de los ancianos (Torres, 2014, pág. 1-97)

En la Universidad Cellas de Perú, Sigvas Pizarro y Romucho Abregú,(2015) realizaron el estudio *‘Programa gerontológico en el estilo de vida saludable de los adultos mayores de la sede central del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Sanjuán de Miraflores*, tuvo como objetivo determinar el efecto del programa gerontológico en el estilo de vida saludable de los adultos mayores de la sede central del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del año 2014. Se basó en la atención al adulto mayor, la ocupación de su tiempo libre dirigido al esparcimiento, conservación de su salud, desarrollo personal y participación activa en la sociedad. La investigación fue de enfoque cuantitativo, basada en un diseño expo facto, el método utilizado fue hipotético deductivo. La población y muestra fue de 26 personas adultos mayores, por lo que resulta ser no probabilística. Se concluyó que las acciones gerontológicas derivados del programa gerontológico que incluidos talleres de autocuidado, actividad física y psicosocial, afectaron positivamente el estilo de vida saludable de los adultos mayores. Además, se pudo afirmar que existe evidencia para concluir que existe diferencia del estilo de vida saludable de las personas adultas mayores de la evaluación antes y después del programa gerontológico como lo demuestra los resultados estadísticos de la prueba de Wilcoxon con un valor de “W” Calculada de -4,460 y un valor estadístico significativo de $P=0,000000$, por lo cual se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula (Sigvas & Romucho, 2015, p. 10-12).

En México, Guerrero Ceh, Can Valle y Maricruz Morales (2019), en el artículo *La Intervención Gerontológica en un establecimiento de asistencia social permanente privado* establecieron como objetivo identificar los beneficios que aporta la intervención gerontológica en la salud de los residentes. Entre los principales métodos empleados se utilizó el enfoque cuantitativo, con un alcance exploratorio, un diseño experimental, ejecutando una pre-prueba y una pos-prueba en un solo grupo. Para ello, conformaron un equipo de colaboradores (voluntarios) integrado por ocho estudiantes de licenciatura en gerontología, los cuales brindaron una atención personalizada a cada una de las personas mayores, aplicando el Minimental de Folstein, Katz, Tinetti, GDS y Fumat (citados por Guerrero, et al, 2018). En su análisis descriptivo, mediante el uso de histogramas y

gráficas de líneas se pudo ver cómo se distribuyen los valores de la variable en estudio. Los resultados obtenidos permitieron que la hipótesis planteada fuera aceptada, ya que todos los participantes demostraron mejoría en la flexibilidad, movilidad, socialización y aspecto cognitivo en atención y concentración. Por otra parte, la intervención gerontológica, demostró favorecer la salud de las personas mayores, ya que representa el tratamiento no farmacológico complementario que necesitan para mejorar su estado. Basado en lo anterior, se concluye que los establecimientos privados de asistencia social permanente, necesitan del apoyo de instituciones educativas del área de la salud para que sean considerados como sedes de práctica clínica y de servicio social; así mismo, se debe insistir en que un tratamiento no farmacológico resulta indispensable para estas personas, por lo que se debe fomentar la cultura de intervención gerontológica que permita alcanzar resultados satisfactorios en todos los establecimientos de asistencia social permanente Guerrero, et al, (2018).

6.1.2 Antecedentes Nacionales

En Colombia Chaves Morales, Igerio De La Asunción, Padilla Barrios, y Palacio Rizzo (2017), en un estudio titulado *Intervención con enfoque centrado en la persona para promover calidad de vida en los adultos mayores del Hogar Geriátrico Sagrado Corazón De Jesús*, plantearon como objetivo diseñar y evaluar una estrategia de intervención basada en el enfoque centrado en la persona para promover la calidad de vida en los adultos mayores residentes. Para alcanzar lo anterior, se utilizó el enfoque cualitativo con un diseño de investigación acción. En su proceso, usaron una serie de técnicas como la observación participante, escalas para evaluación cognitiva (GDS), afectiva (CES-D), la funcionalidad (índice de Katz), entrevistas semiestructuradas y entrevistas abiertas para obtener información sobre la historia de vida, permitiendo tener un diagnóstico de la situación de cada adulto mayor logrando identificar necesidades y potencialidades para mejorar su calidad de vida. Los resultados obtenidos de la caracterización se encuentran que el estado civil de los adultos mayores residentes es casado, con el 64 % mientras que el 29% son solteros. En nivel académico, los investigadores encontraron que un total de 61 adultos mayores tiene un nivel de bachillerato con el 64% y a nivel de primaria con un mínimo del 14%. La estimulación cognitiva se llevaron a cabo 20 actividades donde se logró trabajar cada vez con 25 adultos mayores con una satisfacción del 70% de los adultos mayores, el 30% restante tiene que ver con la población que no participaba debido a limitaciones físicas, cognitivas o en su

momento no se encontraban animados para la realización de las actividades. Concluyeron que las actividades resultaron ser fundamentales para fortalecer procesos cognitivos, crear vínculos entre empleados y adultos mayores, así mismo se mejoró con talleres de psicoafectividad y visitas semanales, contribuyendo todo ello en disminuir niveles de depresión, como estrategia para el mejoramiento de la calidad de vida (Chaves, et al., 2017, p. 1-81).

De otro lado, en Cundinamarca Rodríguez Ayala & Vargas Sánchez, (2019) en un estudio titulado *Mecanismos y estrategias para mejoramiento de la atención integral de la persona mayor en el Municipio de Cajicá*, plantearon como objetivo formular estrategias de atención integral que mejoren la salud de las personas mayores de 60 años y más, vinculando al total de la población mayor que habita en el municipio de Cajicá mediante mecanismos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud con una modalidad de atención que contribuya a resolver necesidades, psicológicas, físicas y sociales (2020). En la investigación utilizaron el método de la encuesta, la cual se llevó a cabo durante un periodo de 30 días del 01 de octubre del 2019 al 01 de noviembre del mismo año, aplicada en 41 barrios y 13 veredas del municipio a personas mayores a 60 años y diferentes estratos económicos, entrevista de tipo cualitativo con preguntas de múltiple opción de fácil entendimiento para las personas entrevistadas. Los resultados obtenidos indican que el 50% de la población encuestada se encuentra en un rango de edad entre los 60 y 69 años de edad, el 27.3% entre los 70y 79 años y un 22.2% son de 80 años y más. El 90.9% de la población encuestada se encuentra vinculada a un servicio de salud y el 9.1% de la población no cuentan con ningún tipo de vinculación en sector salud. Determinante que nuestra población adulto mayor en un 50% tiene un grado de escolaridad profesional el 18.2% tuvieron primaria incompleta, el 9.1% secundaria incompleta y el 9.1% termino sus estudios en secundaria, el 13.6% a realizados estudios técnicos y tecnológicas. El 59.1% de la población no manifiesta tener ni presentar ningún tipo de discapacidad y el 40.9% si presentan alguna discapacidad (2020, p. 57-63). La población mayor encuestada en un 11.8% manifiesta un deterioro en su salud auditiva, en la parte física, y visual se encuentra en el mismo grado de discapacidad en un 5.9% de la población, logrando determinar las falencias y necesidades de las personas mayores en el Municipio y de esta manera lograr constituir un sitio de atención integral que beneficie y apoye esta población en el momento en que sea requerido (2020 p. 69). Concluyen que la investigación establece las distintas necesidades de la población de adulto mayor que requiere de procesos eficaces de accesibilidad y promoción de una vida digna. Concluyen además que el mejoramiento de la atención integral de la persona mayor en

el municipio de Cajicá está determinado por estrategias como cobertura del 100% por parte de sus centros de atención mediante la descentralización de los servicios prestados. Espacios amplios y pertinentes a las necesidades de su población actual de la tercera edad. Medios de movilidad adecuados y con cobertura urbana y rural que facilite el traslado de las personas adulto mayor a distintos espacios y lugares que ofrezcan y donde se desarrollen las diferentes actividades de bienestar (2020, p. 69)

En Bucaramanga Garzón Moreno, (2019), en la tesis de grado *Promoción del envejecimiento activo y saludable en el Centro Vida Álvarez en la ciudad de Bucaramanga, Santander*, persiguió como objetivo dirigir acciones interdisciplinarias encaminadas a la promoción del envejecimiento activo y el mantenimiento de la salud de la población adulta mayor. El trabajo se realizó en dos etapas. La primera, valoración de la organización desde enfoques organizacionales, sus servicios e infraestructura, mientras que la segunda, diagnóstica, la cual se realiza por medio del método de planificación de evaluación de Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT), lo que permitió la identificación de las necesidades institucionales desde los contextos internos y externos. Posteriormente, se empleó el método de priorización de problemas de Céndes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde establece necesidades prioritarias de intervención, para el establecimiento de metas, con el fin de promover el envejecimiento activo y saludable en los adultos mayores adscritos al Centro Vida Álvarez (Garzón, 2019, p. 9). Con respecto a su diseño y población del estudio se establecieron como un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra por conveniencia de 50 adultos mayores de la población mencionada anteriormente. En función de lo planteado, concluyen que los resultados han permitido una mayor interacción, logrando identificar necesidades y situaciones que afectan la vida de los adultos mayores, lo cual permite orientar las actividades a realizar para la mejora y mantenimiento de su calidad de vida.

En Bogotá, (Rozo Vega, Rodríguez, Montenegro y Dorado, (2016), en su artículo *Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá*, proponen como objetivo identificar los perfiles pre y post de un programa de adultos mayores a quienes se les suministró un programa de estimulación en las funciones mentales superiores. La metodología estuvo enmarcada dentro de un tipo de estudio descriptivo comparativo. Para este fin se utilizó un tipo de investigación cuasi

experimental, mediante el cual se pretendió manipular una variable independiente para ver su efecto y relación sobre variables dependientes. La población objeto de estudio estuvo compuesta por 180 adultos mayores (hombres y mujeres) quienes residen en las dos sedes del Ancianato “Mi Casa”, Hermanitas de los Pobres, ubicados en la Ciudad de Bogotá, de entre los cuales hacen parte sujetos con y sin deterioro cognitivo. De estas dos sedes se seleccionó una muestra de 40 sujetos distribuidos en dos grupos, escogidos por conveniencia según criterios de inclusión, 20 conforman un grupo de estudio y 20 un grupo comparación, los cuales se caracterizan por tener una escolaridad de 1 de primaria a 5 de primaria (Vega, et al., 2016). Los resultados obtenidos indican que los datos de los dos grupos (estudio y comparación) antes de la implementación del programa de estimulación cognitiva, se evidencia homogeneidad en los dos grupos, reflejada en la proximidad de las medias y de la significancia obtenida en las pruebas estadísticas, donde esta estuvo por encima del alfa de 0.05%. Los procesos de estimulación presentan una diferencia estadísticamente significativa en él, Mini Mental, Tachado de Cuadros, Evocación Verbal Diferida, Porcentaje de Aprendizaje de la Curva de Memoria de Rey, Ruff y el test de Praxias constructivas, las cuales tienen una significancia por debajo del 0.05 % establecido. El estudio pretest y posttest del grupo muestran mayores aumentos en (X: pre: 12 – pos: 16), dígitos y símbolos (X: pre: 13- pos: 17), porcentaje de aprendizaje (X: pre: 33- pos:41), Ruff (X: pre:26-pos:30), y los datos que se presentan menos significativos fueron evocación inmediata, TMT-A y fluidez verbal, y el puntaje que más se acercó al alfa de 0.05 fue fluidez fonológica. El valor en el porcentaje de aprendizaje presentó un cambio relevante, la significancia fue de 0.004 lo que indica una diferencia estadísticamente significativa. Concluyen que muestran un desempeño estadísticamente significativo en la mayoría de procesos estimulados, encontrados en la investigación, una mejora en los perfiles en la mayoría de las funciones evaluadas en los sujetos que hicieron parte del programa de estimulación cognitiva. Sin embargo, el perfil cognitivo de los participantes que hicieron parte del grupo de comparación, se mantuvo o presentó un declive en algunas funciones (Vega, et al., 2016).

En Nariño, Molina, (2013), en el trabajo de grado, ‘*Modelo de atención gerontológica en la Unidad Básica municipal al adulto mayor de la localidad de Arboleda Barruecos, Nariño*, cuyo objetivo general era el de implementar el modelo de atención gerontológica en la unidad básica municipal al adulto mayor. La metodología se basó en un enfoque cuantitativo, el cual permitió examinar los datos de manera científica, además de un estudio de carácter descriptivo: Aspecto

físico, Evaluación de la esfera psíquica, Aspecto cognitivo, Evaluación del aspecto social, El aspecto funcional, toda vez que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades más importantes de las personas, grupos, comunidades, entes, organizaciones o cualquier otro fenómeno que sea sometido a un proceso de análisis. El estudio arrojó que se han incrementado las enfermedades que limitan la funcionalidad de las personas mayores, dejando entre un 3 y 4% de la población mayor en situación de discapacidad, quitándole autonomía e independencia al Adulto Mayor, tal situación lleva a la disminución de la capacidad adaptativa en la vejez, depresión, aislamiento social y síndrome de inmovilidad; por tal motivo es de vital importancia implementar programas integrales de atención a favor de este importante grupo poblacional. Es importante identificar la necesidad de intervención en la comunidad de Adultos Mayores, porque de allí y de ellos, nacen las respuestas de intervención expresadas en proyectos y programas que promuevan su salud y bienestar, para alcanzar esto se requiere la implementación de un programa de atención integral al Adulto Mayor dirigido por la unidad de atención básica municipal, con el objetivo de mantener y mejorar la funcionalidad física, mental, emocional y social de la población adulta, siendo igualmente necesario, que el personal conozca la realidad del envejecimiento poblacional, diseñe y oriente estrategias de atención e intervención que propendan en el mejoramiento de vida y desarrollo humano de los adultos mayores (Molina, 2013, p. 74)

6.2 Marco Teórico

6.2.1 Envejecimiento y vejez

Actualmente, el envejecimiento de la población ha generado mayor importancia a nivel social por su crecimiento. Por ello se han determinado diferentes conceptos relacionados.

El Ministerio Salud de Colombia, 2021, dentro de la Política colombiana de envejecimiento humano y vejez, refiere que el envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo(p. 12).

Guerra, Mórtigo, y Berdugo, (2011) enfatizan las dimensiones del ser humano, entendiendo que “solo es posible el desarrollo humano integral cuando la persona es comprendida como una totalidad, sin aislar sus partes, y atendiendo, a través de procesos formativos, cada una de sus dimensiones”:

Dimensión biológica: Se refiere a la corporeidad y a la condición física de las personas. Implica la relación armónica tanto al interior del cuerpo como con el ambiente externo, permitiéndose una vida sana que facilite los procesos de aprendizaje, laborales y de convivencia.

Dimensión psico-afectiva: Pretende desarrollos que faciliten en cada persona el mejor conocimiento de sí misma y de los demás miembros de la comunidad fomenta su capacidad de relacionarse y comunicarse; desarrolla el sentido de pertenencia y compromiso individual con la institución; fortalece el desarrollo de las capacidades que redunden en su beneficio personal y del entorno social.

Dimensión intelectual: Se relaciona con la formación y el desarrollo del pensamiento, el intelecto, la cognición, las habilidades y aptitudes.

Dimensión social: Se refiere a la formación del ser en sus múltiples relaciones, de modo que puedan ser socialmente éticas y sostenibles. Aporta también al desarrollo de sus condiciones socioeconómicas, de modo que su calidad de vida y sus posibilidades de permanencia en el sistema universitario crezcan.

Dimensión cultural: Hace referencia a la vivencia y el conocimiento sensible de la estética, los modos de vida, la creación, las expresiones. Busca promover y fortalecer el reconocimiento mutuo de las diversas identidades culturales, y la construcción dinámica de proyectos sociales en ámbitos locales, regionales y nacionales; busca estimular la valoración y el desarrollo de aptitudes y actitudes estéticas, y fomentar la sensibilidad hacia la apreciación de las manifestaciones culturales propias de las tradiciones nacionales y universales.

Molina Pérez, 2015, define el envejecimiento como:

Un proceso de llegar a viejo, independientemente de la edad cronológica. Los cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que se producen aparecen a partir de los 50 años de edad en todas las personas, pero no evolucionan de igual manera en todos los individuos. En realidad, el envejecimiento varía de una persona a otra. Depende de la herencia genética, la configuración física, la personalidad, la biografía y el entorno.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, (2021), desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

6.2.1.1 Centros de atención para los adultos mayores

De acuerdo con el documento de las Naciones Unidas CEPAL, *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: Conceptos, metodologías y casos prácticos*, (2016),

[...] el proceso de creación y posterior consolidación de una institución no es fácil ni rápido.

Se trata de un desarrollo tanto técnico como político que exige cambios en los niveles de acción y decisión, en que intervienen distintos actores que responden a lógicas diferentes, así como otras instituciones, todos ellos ansiosos de cumplir una función en la definición de los problemas, la elaboración de las agendas y la toma de decisiones.

Por este motivo, es imprescindible la creación de una institución a partir de una prescripción legal brinda estabilidad, un mandato claro y una perspectiva de desarrollo a mediano y largo plazo (p. 27).

Ella debe ir acompañada de una asignación presupuestaria suficiente como para ponerla en funcionamiento y cumplir con sus obligaciones. A su vez, es indispensable contar con una política o plan que articule el quehacer de la entidad en cuestión. Esta herramienta debe construirse como una respuesta de orden más operativo para hacer efectivas las garantías contenidas en la ley que dio origen a la institución.

En segundo lugar, de importancia le siguen la coordinación interinstitucional, la participación de los interesados y los procedimientos. La primera es vista como una herramienta que facilita la actuación pública en la medida en que aporta criterios comunes, ayuda al fortalecimiento mutuo de las instituciones y al logro de mejores resultados, los que van en directo beneficio de la población objetivo. Por su parte, la participación es igualmente apreciada. Es un derecho que para ser ejercido requiere de la creación de mecanismos y fórmulas que lo hagan viable. Los procedimientos también adquieren importancia, bajo la premisa de que se construyan con claridad y pertinencia, en especial las reglas de operación de los programas y las modalidades de acceso a los servicios, beneficios y prestaciones. Hay que combinar la transparencia de los procedimientos y cuidar de no sobrecargar la reglamentación, ya que de lo contrario puede complicarse su operación y no siempre contribuir a la discrecionalidad de las personas que ejercen el servicio público (p. 35).

En cuanto a los programas implementados, un alto porcentaje de las instituciones dirigidas a las personas mayores (89%) lleva a cabo tareas en el área del desarrollo, poco más de la mitad en el ámbito de la salud y el bienestar y solo el 34% ejecutan programas relativos a los entornos propicios y favorables. En la primera de estas áreas, las entidades realizan acciones orientadas a fomentar la participación de las personas mayores por medio de organizaciones, centros de jubilados, voluntariado o actividades de intercambio intergeneracional.

La ejecución de programas de acceso al conocimiento, la educación y la capacitación es muy frecuente, aunque en menor medida que las acciones dirigidas a erradicar la pobreza. En 34 países, las instituciones nacionales de protección de las personas mayores tienen a su cargo programas orientados a ese fin, que consisten en la entrega de subsidios específicos o bonos (Ecuador, Panamá y Suriname, entre otros) y pensiones alimentarias o no contributivas (principalmente en los países del Caribe de habla inglesa como las Bahamas, Guyana, las Islas Vírgenes Británicas y Jamaica). Otros ámbitos en los que suelen incursionar las instituciones son el fomento de los programas de empleo, como en México, y la atención de personas en situación de emergencia (Anguila, Belice y El Salvador, por ejemplo) (p. 43).

6.2.1.2 Principales dimensiones del envejecimiento y la vejez que aborda las instituciones

De acuerdo con Rovira, (2016), las principales dimensiones del envejecimiento y la vejez que aborda las instituciones

- Generar una visión positiva y no deficitaria del envejecimiento: Se procura lograr un desarrollo conceptual innovador vinculado a la vejez y el envejecimiento, que impulse un nuevo paradigma como base de las intervenciones estatales, a partir del cual se considere a las personas mayores como ciudadanos plenos, sujetos políticos protagonistas de los acontecimientos.
- Lograr la participación ciudadana: Se busca un desarrollo conceptual a partir del cual se considere a las personas mayores como ciudadanos plenos, sujetos políticos protagonistas de los acontecimientos, y que incorpore la dimensión del envejecimiento como ámbito de intervención pública, lo que implica apropiarse de la visión de ciclo de vida y la perspectiva de la vejez como proceso.
- Alcanzar la universalidad: Desarrollar una estrategia consensuada, sobre la base de la articulación institucional de diferentes organismos estatales en torno a acciones prioritarias orientadas a las personas mayores, superando la lógica sectorial que históricamente ha orientado las acciones dirigidas a las personas mayores en el Uruguay.
- Implementar una perspectiva de derechos: El propósito es lograr la intervención del Estado en espacios de los que ha estado ausente o en los que persisten dificultades de acceso a derechos fundamentales como; vivienda, salud, protección social, atención a la dependencia, violencia intrafamiliar, ciudades y entornos con espacios públicos amigables, transporte y servicios adecuados. El tratamiento de los temas relacionados con la vejez y el envejecimiento debe hacerse desde la perspectiva de los derechos, que implica posicionar a la persona mayor como sujeto y actor clave de su propio destino, en oposición a los enfoques que la sitúan como destinatario objeto y receptáculo de la política pública definida por fuera de su ámbito de influencia (2016, p. 7-8))

6.2.2 Envejecimiento activo y saludable

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, (2002), se entiende por envejecimiento activo;

El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término activo hace referencia a una participación continua en las dimensiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Su objetivo radica en ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida mientras se envejece, incluyendo personas frágiles, discapacitadas o que necesiten asistencia

El envejecimiento activo está fundamentado en tres modelos teóricos:

- El curso completo de la vida, en el cual los individuos envejecen de formas distintas y, por tanto, existe una extraordinaria variabilidad interindividual que tiende a incrementarse con la edad y que hace que las personas mayores no sean un grupo homogéneo (Montañés, 2017, p. 10).
- Los determinantes sociales y de la salud, los cuales influyen en el envejecimiento activo y tiene que ver con los recursos personales (biológicos y genéticos y psicológicos) y conductuales (actitud, estilos de vida), las condiciones sociales, ambientales, económicas, y de servicios (sanitarios y sociales), y los determinantes transversales como son el género y la cultura (Organización Mundial de la Salud, 2002).
- Políticas conductuales y psicológicas como potenciales determinantes del envejecimiento activo. Muestran los aspectos en los que están implicados la psicología y los psicólogos, en relación con cuatro campos principales:
 - Promover la salud conductual y el buen funcionamiento físico.
 - Promover los factores protectores del funcionamiento cognitivo.
 - Promover el afecto positivo y las estrategias de afrontamiento.
 - Funcionamiento psico-social y la participación (2002).

Por su parte, el marco político de la OMS (2002) reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico. Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura;

- Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida;
- Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen;
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores. (p.5)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, (2020), la Década del envejecimiento saludable, 2021-2030” se encamina en comprender la importancia “del envejecimiento saludable, consiste en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar.

Lo anterior influye de acuerdo con los recursos y oportunidades de carácter social y económico de que disponen las personas a lo largo de su vida influyen en su capacidad para tomar decisiones saludables, así como para aportar y recibir apoyo cuando se necesita. En consecuencia, el envejecimiento saludable va estrechamente ligado a la desigualdad social y económica.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud OMS, (2020) (Década del envejecimiento saludable), se adherirá a los principios rectores de la Agenda 2030, las Naciones Unidas, (2015) y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Lo que constituye un compromiso mundial para no dejar a nadie atrás y para que todos los seres humanos tengan la oportunidad de desarrollar su potencial con dignidad e igualdad.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud OMS, (2020) con su propuesta la Década del envejecimiento, se encamina a prevenir las enfermedades, promover la salud, mantener la capacidad intrínseca y facilitar la capacidad funcional. Para fomentar y mejorar las vidas de las personas mayores y sus familias y comunidades, será necesario introducir cambios fundamentales no solamente en las acciones que emprendamos sino también en nuestra forma de pensar acerca de la edad y el envejecimiento.

La década se centrará en cuatro ámbitos de actuación:

- Cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento.
- Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores.

- Ofrecer una atención integrada y centrada en las personas, y servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores.
- Proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten (OMS, 2020).

De esta manera,

se procura fomentar el envejecimiento saludable y superar los problemas a los que se enfrentan actualmente las personas mayores y de anticiparse al futuro envejecimiento de la población orientará los compromisos y las actividades que se adopten a lo largo de la década con el fin de crear un futuro mejor para todas las personas mayores.

Pero es necesario contar con la participación de muchos sectores, entre ellos los de la salud, las finanzas, la atención a largo plazo, la protección social, la educación, el trabajo, la vivienda, el transporte, la información y la comunicación. Eso requerirá a su vez la implicación de los gobiernos nacionales, sub nacionales y locales, así como de los proveedores de servicios, la sociedad civil, el sector privado, las organizaciones de personas mayores, el mundo académico y las personas mayores, sus familias y amigos (2020).

6.2.3 Hábitos de Vida Saludable

Para la, Universidad de San Buenaventura y su Servicio Psicológico, Bienestar Institucional, (2020), los hábitos de vida saludable son aquellas conductas y comportamiento que tenemos asumidas como propias y que inciden prácticamente en nuestro bienestar físico, mental y social Respecto a los hábitos alimenticios, estos son comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales (USBMED, 2020).

En Sanitas, (2021) señalan que se debe tener en cuenta que la población mayor es más susceptible a no seguir hábitos saludables. Por su parte, El Ministerio Salud de Colombia, (2021) refiere que la Organización Mundial de la Salud declara que entre 2015 y 2050, casi se duplicará el porcentaje de personas mayores de 60 años en todo el mundo (OMS, Envejecimiento y salud, 2021).

De igual manera, Sanitas, (2021) agrega que aunque no todos envejecemos igual, son varios los factores que influyen en la calidad de vida de las personas mayores y muchos de ellos implican hábitos que es importante tomar desde la juventud, para fortalecer su organismo y fomentar que su envejecimiento sea lo más saludable posible: Realizar chequeos médicos periódicos, entrenar la mente, dejar los malos hábitos, realizar actividad física periódica y llevar una dieta equilibrada.

Por lo anterior, en Honduras, la Organización Panamericana de la Salud OPS, (2016) en su Guía de Entornos y Estilos de Vida Saludables en Comunidades Indígenas Lencas, define el estilo de vida saludable, como:

aquel en el que se mantiene una armonía y equilibrio en su dieta alimentaria, actividad o ejercicio físico, vida sexual sana, conducción segura, manejo del estrés, capacidad intelectual, recreación (sobre todo al aire libre) descanso, higiene, paz espiritual buenas relaciones interpersonales, así como también la relación con nuestro entorno entre otras.

A ello se suma que

la promoción de estilos de vida saludables va dirigida, por una parte, a mejorar el entorno y la sociedad en que se vive (entornos saludables) y, por otra, a mejorar las capacidades de las personas para llevar una vida más sana. Tener un estilo de vida saludable es fundamental para disfrutar de una buena salud y calidad de vida.

Pero al no aplicarlo se altera el estado de salud cuando abusamos o padecemos dolencias por no ajustarnos y llevar una vida libre de riesgos como son: Tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso, inactividad física, colesterol elevado, escaso consumo de frutas, riesgo consumo de alcohol, etc. Así afectando la salud del ser humano (OPS, 2016)

6.2.4 Atención centrada en la persona

Rodríguez Rodríguez, (2013) menciona que:

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es un enfoque que conlleva, el desarrollo de competencias profesionales determinadas, dirigidas a la identificación y promoción de las competencias de las personas para las que se trabaja. Persigue promover que quien la recibe sea capaz, mediante los apoyos precisos, de ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad

o dependencia y, al tiempo, poder desarrollar al máximo su autonomía personal para seguir desarrollando y controlando su propio proyecto de vida.

Por su parte, la OMS Citado por Rodríguez (2013) ha definido la ACP como:

La que se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giren el resto de las dimensiones relacionadas con: Intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente.

Estos autores insisten en la importancia de contar con una atención profesional de calidad que permita y apoye que las personas, incluso las que tienen un deterioro cognitivo avanzado, puedan seguir teniendo control sobre su vida cotidiana. Se destaca la importancia de aspectos como el conocimiento de cada persona: su salud, su funcionamiento y sus circunstancias, pero también su historia de vida, sus capacidades, sus preferencias y las actividades que le agradan.

Se pone además de relieve la importancia de ofrecer cuidados de calidad apoyando la autodeterminación de las personas y protegiendo su intimidad o la necesidad de fomentar las relaciones sociales y el contacto con la comunidad.

La atención centrada en la persona está basada en los dos objetivos básicos siguientes, necesarios para alcanzar su mayor grado de bienestar y la preservación de la dignidad:

- Mantener la Máxima dependencia funcional para favorecer el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria. Para ello, resulta esencial identificar, poner en valor apoyarse en las capacidades preservadas de las personas estimulándola a que realice por si misma todo aquello que pueda hacer y evitar así el exceso de dependencia.
- Promover y dar opciones para el desarrollo de la autonomía moral para que la persona pueda perseguir su ciclo vital, tome sus propias decisiones (Directas o indirectas) sobre el acontecer cotidiano y puede controlar su propio proyecto de vida.

De igual manera Rodríguez Rodríguez, (2013) cita la AICP, como:

aquella que promueve las condiciones necesarias para la consecuencia de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Recalca que el modelo AICP se fundamenta en una serie de principios vs. Derechos que hacen referencia a las personas a las que se dirige la atención y en unos criterios metodológicos que hacen posible su cumplimiento:

Tabla 2. *Principios y criterios de la atención integral y centrada en la persona*

PRINCIPIOS

Autonomía

Hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas y a su derecho para tomar sus propias decisiones acerca de su propio plan de vida.

Individualidad:

Todas las personas son iguales en cuanto a ser depositarias de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto.

Independencia:

Aunque se tenga necesidades de apoyo y atención, todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas. Deben tener acceso a programas, servicios y apoyos dirigidos a la prevención o minimización de las situaciones de discapacidad o dependencia.

Integralidad:

La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales cuyo buen funcionamiento es determinante para su calidad de vida. Tales dimensiones son dinámicas y, por tanto, cambiantes a lo largo del ciclo vital.

CRITERIOS

La conceptualización, planificación y ordenación de los programas, prestaciones económicas y servicios, así como la práctica profesional han de contemplar una oferta diversificada de respuestas de forma que se componga un abanico amplio de posibilidades que facilite la elección y la posibilidad de ejercer los derechos y la autonomía de sus destinatarios.

Criterios de personalización y flexibilidad:

La atención y los planes de apoyo han de diseñarse de manera personalizada para que puedan adaptarse a las necesidades específicas de cada caso y evitar así que sean las personas las que deban adaptarse a los programas o servicios.

Criterios de prevención y visibilización de capacidades:

Entre los programas que se planifiquen deben contenerse aquellos dirigidos a la prevención primaria, según los grupos de personas a los que se dirigen.

Criterio de globalidad:

La organización de los servicios, así como las intervenciones y planes de apoyo deben considerar el enfoque de integralidad y permitir que pueda actuarse en todos los ámbitos relacionados con la calidad de vida de las personas atendiendo a la

PRINCIPIOS

Participación:

La persona con discapacidad y/o dependencia tiene derecho a participar en su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida (vivienda, trabajo, ocio, sexualidad, vida de pareja, relaciones sociales).

Inclusión social:

Las personas que requieren apoyos son miembros activos de la comunidad y ciudadanos con idénticos derechos que el resto. La posibilidad de tener acceso de disfrutar de los bienes sociales y culturales, en igualdad con el resto de la población.

Continuidad de atención:

Las personas con discapacidad y aquellas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

CRITERIOS

satisfacción de sus necesidades básicas, emocionales y sociales.

Criterios de accesibilidad e interdisciplinariedad:

Hay que planificar e intervenir para que en los diferentes contextos se incluyan elementos facilitadores que mejoren el funcionamiento y reduzcan la discapacidad, así como promover actitudes sociales que sean proactivas e integradoras y rechacen los estereotipos.

Criterios proximidad y enfoque comunitario:

Los recursos de apoyo han de situarse en el entorno próximo y cercano de las personas destinatarias; también cuando se trata de alojamientos o residencias, que deben ser considerados, como el resto de recursos, de carácter comunitario.

Criterios de coordinación y convergencia:

Hay que, contemplan en las normativas y planificaciones mecanismos estructurados y estables de coordinación y complementación para que los recursos se adapten a las necesidades de las personas que los requieren.

Los principios y criterios enunciados conforman una base para la planificación y la intervención que habrá de adaptarse según las características de los contextos y de las personas a las que se dirigen (Rodríguez Rodríguez, 2013, p. 79), siendo una herramienta para poder proponer y conceptualizar los diferentes ámbitos relativos al proceso de intervención y resulte clave para todos los agentes que intervienen (planificadores, gestores, profesionales de atención directa,

proveedores de servicios, personas con discapacidad o mayores familias) los conozcan, se sientan partícipes y coordinen los objetivos y actuaciones para el cumplimiento de sus fines (p. 80)

Se debe de tener en cuenta, el cumplimiento de los principios y criterios del modelo ya se trate desde el enfoque de integralidad de normas jurídicas, de ordenaciones funcionales y organizativas o de elaboración de planificaciones generales o de recursos de atención domiciliaria y en el entorno, de servicios de centro día, de diseño de viviendas o residencias, de participación comunitaria, o buen trato desde el enfoque de la personalización de planificaciones a aplicar en cada caso.

6.3 Marco Conceptual

Salud: De acuerdo con la OMS, (s.f.)). “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Funcionalidad: Paredes Arturo, Yarce Pinzón y Aguirre Acevedo (2018), indican que es la capacidad funcional como la competencia que tiene la persona para realizar actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda; además, se relaciona con la habilidad para ejecutar tareas en su contexto, las cuales implican un grado de complejidad. Usualmente, este concepto es medido en el campo físico, o sea, por la evaluación de la capacidad de realizar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria.

Determinantes sociales de la salud: La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, (2008), definió a los Determinantes Sociales de la Salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo (De La Guardia & Ruvalcaba, 202).

Promoción de la salud: La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las

organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos (OPS / OMS, 2019).

Prevención de la enfermedad: La prevención de la enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud OMS (1998, citado por Sanabria, 2011) son “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”

Calidad de vida: De acuerdo con la OMS (1994) citada por Botero de Mejía & Pico Merchán, (2007), define la calidad de vida como: La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

6.4 Marco Normativo

6.4.1 Decreto 681 de Mayo 2 de 2022

Por medio de la cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la parte 9 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031. Con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo del envejecimiento activo y saludable y de una vejez digna, autónoma e independiente en condiciones de igualdad, equidad y no discriminación, en el marco de la protección de los derechos humanos y bajo el principio de corresponsabilidad individual, familiar, social y estatal, y disponer la formulación del Plan Nacional de Acción intersectorial de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y la creación del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez, como herramientas para la implementación, el monitoreo, seguimiento y evaluación de la Política.

6.4.2 Ley 1315 de 2009, (2009)

Por medio de la cual se establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención. Así mismo, define en su Artículo 1°: “La presente ley busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado bienestar y asistencia social”.

Artículo 7°: “El establecimiento deberá contar con personas idóneas, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas. Las cuáles serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del (Centro de protección, día o atención) (El Congreso de Colombia, 2009).

6.4.3 Ley 1276 de 2009, (2009)

A través de la cual se modifica la ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida, la cual tienen por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisben, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida (El Congreso de Colombia, 2009)

6.4.4 Resolución No. 3280 de 2018, (2018)

Por medio de la cual se adopta los lineamientos técnicos operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Rutina Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establece las directrices para su operación (MinSalud, 2018)

Capítulo 3 Intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familiar y comunidades La RPMS contempla tres tipos de intervenciones que se diferencian en la población sujeto a la que van dirigidas: I) Intervenciones poblacionales estas se dirigen a toda la

población, ii) intervención del PIC de cada entidad territorial, y iii) intervenciones individuales van dirigidas a las personas en los diferentes momentos del curso de vida y a la familia (2018)

6.4.5 Ley 1122 de 2007, (2007)

Artículo 33°. Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir: I) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria (El Congreso de Colombia, 2007)

6.4.6 Resolución 429 de 2016, (2016)

Promulgó la política de Atención Integral en Salud, que pretende generar mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial, sustentado en lo dispuesto por un gran volumen de normatividad previa que comprende desde la LEY 100 DE 1993 y sus posteriores modificaciones incluyendo la LEY 1438 DE 2011 que pretendía fortalecer y la Atención Primaria en Salud, el Plan decenal de Salud Pública, hasta la de más reciente expedición, la LEY ESTATUTARIA 1751, que luego de una gran controversia, consagró por fin la salud como un derecho fundamental. De acuerdo con cada concepto Clave está enfocado a esclarecer un poco más con relación al tema a tratar en el plan de trabajo, la cual está enfocado en el Plan de Atención Centrada en la Persona. (MinSalud, 2016)

6.4.7 Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024, (2015)

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género. Teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. Es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2014-2024 (MinSalud, 2021).

Su propósito es propiciar que las personas adultas mayores de hoy y del futuro alcancen una vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de la promoción, realización y restitución de los derechos humanos con base en la incidencia activa, a nivel intersectorial y territorial, público y privado, sobre las condiciones de desarrollo social, político, económico y cultural de los individuos, las familias y la sociedad. Crear condiciones para el envejecimiento humano, entendido como el derecho de las y los colombianos, en condiciones de igualdad, a una vida autónoma, digna, larga y saludable, consistente con el principio de corresponsabilidad individual, familiar y social.

Para ello, deben de ir alineados a unos ejes estratégicos, líneas de acción y metas de políticas que son: Eje 1: Promoción y garantía de los derechos humanos de las personas adultas mayores. Eje 2: Protección social integral. Eje 3: Envejecimiento activo, satisfacción y saludable. Eje 4: Formación del talento humano e investigación (MinSalud, 2021).

6.4.8 Ley 1171 de 2007, (2007)

Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento a sus condiciones generales de vida. Artículo 2°. Beneficiarios. Podrán acceder a los beneficios consagrados en esta ley los colombianos o extranjeros residentes en Colombia que hayan cumplido 62 años de edad (El Congreso de Colombia, 2007)

6.4.9 Guía Para Aplicación De Estándares y Criterios en Centros y Servicios de Atención Integral de Personas Mayores

Según el Ministerio Salud de Colombia, (s. f.), el documento se soporta en los diferentes desarrollos conceptuales y normativos vigentes y cuenta con la validación por parte de actores de nivel nacional, entre prestadores de servicios como hábitat de la ciudad de Medellín, la organización de Centros de Atención AQUICEBA del departamento del Quindío, responsables de la temática de personas mayor del departamento de Risaralda y desde la academia, con una docente de la Universidad de la Roja en Madrid España, entre otros.

El desarrollo de la Guía contiene tres capítulos, el primero hace referencia al marco conceptual y normativo, en el segundo se presentan los estándares, criterios para la verificación de los requisitos mínimos en centros y servicios de atención integral de personas mayores y proponen

un sistema de evaluación y seguimiento que orienten la definición de planes de mejoramiento. Finalmente, el tercer aceptable expone los criterios relacionados con el servicio de asistencia domiciliaria. (Guía Para Aplicación de Estándares y Criterios en Centros y Servicios de Atención Integral de Personas Mayores, 2019)

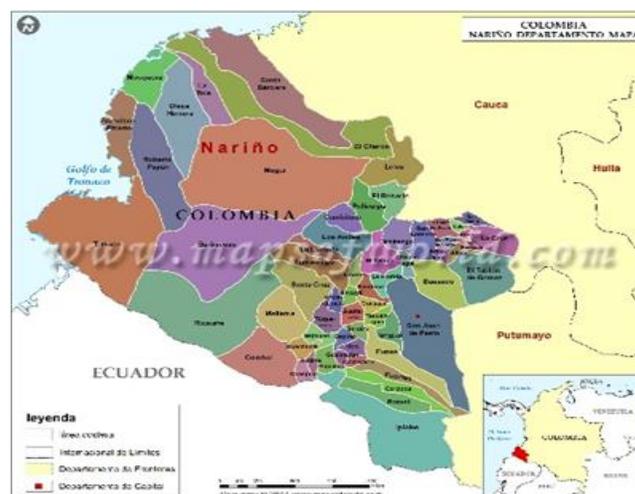
6.5 Marco Contextual

6.5.1 Departamento de Nariño

El Departamento de Nariño está situado en el extremo suroeste del país en la frontera con la República del Ecuador. Su superficie es de 33.268 k², y limita por el norte con el departamento del Cauca (franja del territorio en litigio); por el este, con el departamento del Putumayo (franja de territorio en litigio).

Está dividido en 63 municipios caracterizados por temperaturas cálidas, templadas, frías, y de páramo. Su cultura y turismo está implementada en los diferentes municipios como bibliotecas, diferentes escenarios deportivos, desarrollo de gran variedad de actividades artesanales, entre las que se destacan la cerámica en Barniz, obtenido de la resina llamada “De Cera”, los tejidos en paja toquilla y la marroquinería y también ofrece numerosos sitios de interés cultural y turístico, entre los que se encuentran el Santuario de “Las Lajas”, el Volcán Galeras, la Laguna de La Cocha, la Isla La Corota, el Nevado y la Laguna de Cumbal, el Nudo de los Pastos, termales de Ipiales y la Cruz; la Isla de Tumaco, la Playa Bocagrande, museos y sitios turísticos en diferentes municipios.

Imagen 4, *Mapa de Nariño*. (2012, julio 24). *Mapsofworld.com*



6.5.2 Municipio de Funes

El Municipio de Funes hace parte de los 64 municipios del departamento de Nariño. Está ubicado al sur del territorio nariñense, limita con los municipios de Iles, Imues, Puerres y cuenta con una extensión aproximada de 465 kilómetros.

Funes, se ha caracterizado por la fecundidad de sus tierras. En este territorio cuentan con un clima generoso y cálido, logrando así ser gran productor agrícola, también es fomentador de la cultura, los derechos humanos, la igualdad, la religión, el deporte y especialmente es digno en el bienestar de su población dotándolo de agua potable, energía, seguridad y tranquilidad en los diferentes recorridos del municipio.

De acuerdo con el censo nacional de población y vivienda realizado por el DANE en el año 2018, la población para ese año era de 6.211 habitantes (DANE, 2018), que corresponde al 13,5% de adultos mayores. Por ello se trabajó la propuesta con las personas mayores institucionalizadas en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño y con Adultos Mayores beneficiarios del Programa Colombia Mayor.

Imagen 5. *Municipio de Funes-Nariño.*



6.5.3 Historia del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción

De acuerdo con la revisión histórica, el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes comenzó su funcionamiento sobre el año 2000, en una construcción antigua destinada inicialmente para dar asilo a la población adulto mayor que lo

requiera, la cual ha sido remodelada con cierta frecuencia por los mandatarios locales de turno, no obstante, no cumplían con la normatividad vigente para funcionar como centro de atención integral de adulto mayor, su mayor limitante fue el rubro económico destinado para su funcionamiento, el presupuesto municipal de inversión fue mínimo.

La actual administración del Municipio de Funes ha logrado que el Centro de Atención cumpla el reglamento legal que autorice su *funcionamiento transitorio*, basado en la normatividad existente para tal fin, a través de la Resolución de funcionamiento No. 1922 del 2 de agosto de 2021, aprobado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño -IDSN-.

De tal manera que, oficialmente, el nombre legal de la institución es ‘Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes’, cuyo reglamento interno se aprobó por medio del Decreto No. 1008 del 2 de enero de 2020, igualmente autorizado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño -IDSN-.

Actualmente el ‘Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes’ atiende a catorce adultos mayores beneficiarios, de una capacidad total de atención de catorce personas, para hospedaje. Su misión está encaminada al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores.

Durante el año 2021 la Alcaldía Municipal logró construir una nueva infraestructura para el Centro de Atención Integral, el cual se dio apertura a partir del día 1 de enero del 2022, donde se cuenta con una capacidad para 18 adultos mayores.

Imagen 6. *Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes-Nariño*



7. METODOLOGÍA

La metodología que se utilizó, fue el diagnóstico situacional de Salud, DSS. Es la principal herramienta para la identificación y priorización de los problemas de salud en una comunidad; facilita la planeación de alternativas viables y factibles en respuesta a las problemáticas existentes.

7.1 Población

La población del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes Nariño, son 14 adultos mayores beneficiarios y 80 adultos mayores del Programa Colombia Mayor.

7.2 Muestra

La muestra, de acuerdo con Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, (2014), es un “subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolecto datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población”.

Institución: 14 adultos mayores

Programa Colombia Mayor: Área urbana 30 adultos mayores

Área rural: 50 adultos mayores (veredas: Chapal y Guapuscal alto).

7.3 Técnicas de recolección de la información

La técnica que se tuvo en cuenta es la planteada desde el Diagnóstico Situacional de Salud, que contempla los siguientes pasos:

La identificación y priorización de los problemas y necesidades de salud: se identificaron las diferentes necesidades o problemáticas de los adultos mayores, en un primer momento, se organizó una ficha sociodemográfica para los institucionalizados, donde se tuvo las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, nivel familiar. Y otra ficha para los del programa Colombia Mayor: edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad y tipo de familia. En un segundo momento se realizó una valoración gerontológica integral, donde se aplicaron los instrumentos habilitados desde el Ministerio de Salud como son:

Índice de Barthel: El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original, las variables que comprende son: comer, bañarse, vestirse, aseo personal, deposición, micción, uso del retrete, trasladarse de la silla a la cama y el desplazamiento con unos criterios de puntuación de independiente, misma ayuda, gran ayuda y dependiente.

Minimental test: Es un test que permite detectar una demencia o también puede ser usado para medir el deterioro cognitivo. Las preguntas presentes en este test, se pueden agrupar en las siguientes áreas: Orientación espacio temporal. Atención, memoria y concentración. Cálculo matemático. Lenguaje y percepción viso espacial. Seguir instrucciones básicas.

Para la puntuación de la aplicación del Mini Mental State Examination (MMSE), es necesario seguir las siguientes recomendaciones Rosselli, 2000, citado por MinSalud, (s.f.):

- Sumar 2 puntos si tiene alteración visual evidente.
- Sumar 1 punto si es mayor de 65.
- Sumar 2 si es mayor de 75 años.

Los puntos de corte que indican deterioro cognoscitivo, teniendo en cuenta los años de escolaridad de la persona son los siguientes:

Persona con 0 – 5 años de escolaridad y puntuación de inferior o igual a 21: Sospecha de deterioro cognoscitivo, remitir a psiquiatría o neurología.

Persona con 6-12 años de escolaridad y puntuación inferior o igual a 24: Sospecha de deterioro cognoscitivo, remitir a psiquiatría o neurología

Persona con más de 12 años de escolaridad y puntuación inferior o igual a 26: Sospecha de deterioro cognoscitivo, remitir a psiquiatría o neurología (MinSalud, s.f.)

Escala de recursos sociales (OARS): Esta escala evalúa los recursos sociales de las personas mayores en seis grupos, desde excelentes recursos a recursos sociales totalmente deteriorados.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Es una escala geriátrica, consiste en tener una medida del estado depresivo, es utilizada en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se han sentido durante la última semana. De acuerdo a la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986 por Jerome A.

7.4 El análisis para la determinación de sus factores y cualidades:

En el análisis de datos se utilizó el programa Excel, donde se sistematizó y organizó toda la información, a partir de la base de datos, se graficó y realizó un análisis descriptivo, para dar cuenta de las características de la población y los resultados de las valoraciones y del trabajo en su conjunto que se hizo.

7.5 La planificación de las acciones para eliminar o controlar esos factores y dar soluciones a los problemas:

De acuerdo con los resultados de las valoraciones, se determinó una ruta de atención gerontológica, con base en las necesidades de la población. A partir de allí, se implementó un plan de trabajo.

Dentro de algunas de las acciones se implementaron lo siguiente:

- Se organizó un programa de atención integral a los 14 adultos mayores del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes Nariño.
- Valoración de la capacidad funcional.
- Programa de prevención y promoción de la salud.
- Estimulación y entrenamiento cognitivo.

Finalmente, se realizó la evaluación que permitió medir el cumplimiento de los objetivos.

7.6 ESTRATEGIA OPERATIVA

La estrategia tiene que ver con el plan estratégico que se llevó a cabo, con base a los objetivos y al cronograma propuesto para el logro de los mismos.

7.6.1 Horario del gerontólogo

El horario fue acordado por el jefe inmediato, Dr, Jhon Henry Cundar Arévalo, para cumplir con las respectivas funciones dando orden a lo propuesto del proyecto de pasantía.

El horario de trabajo del pasante correspondió el mismo que dispone la Alcaldía Municipal de Funes- Nariño (de lunes a viernes de 8 am a 6 pm). La función se enfocó en atender el Centro de Atención Integral del municipio y apoyar en la atención integral para los adultos mayores del programa Colombia Mayor. Desde la administración municipal manejaron los recursos económicos y apoyaron lo que se requería para el funcionamiento del programa.

Tabla 3. *Horario del gerontólogo*

Hora/Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Jornada en la mañana	Taller de estimulación Cognitiva	Consulta	Consulta	Apoyo, Programa Colombia Myor, casco Urbano	Apoyo Programa Colombia Mayor, vereda Guapuscal Bajo
Entrada 8:00 a.m. Salida 12:00 a.m.					
Jornada en la tarde	Taller de promoción y prevención de la salud en adultos mayores	Talleres de promoción y prevención de la salud en adultos mayores.	Sesiones socio-educativas y promoción de la salud en adultos mayores.	Apoyo programa Colombia Mayor, Vereda Chapal	Organización de Informe de pasantía.
Entrada 2:00 p.m. Salida 6:00 p.m.					

7.6.2 Cronograma de actividades

El cronograma, tanto como el plan de acción, fueron sujetos a modificaciones de acuerdo con los requerimientos y necesidades de los adultos mayores.

Tabla 4. *Cronograma de actividades*

Etapas	Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Indicadores	Resultados Esperados	Responsable	Inicio	Fin
Planeación	Creación de servicios gerontológicos en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción del Municipio de Funes-Nariño	Implementar servicios de atención gerontológica desde el envejecimiento activo y saludable.	Verificar los espacios físicos destinados a la atención gerontológica	Se cuenta con la planta física para desarrollar la atención gerontológica	Servicios de atención integral para el adulto mayor	Elkyn Sebastian Enríquez Cuaran María Fernanda Benavides Benalcázar	30/08/21	08/12/21
Diagnostico	Recolectar la información para identificar necesidades de los adultos mayores	Acceso a la base de datos existente en la Alcaldía Municipal y caracterización sociodemográfica de la población adulta mayor	Análisis de la base de datos existente en la Alcaldía Municipal para aplicar la ficha de Caracterización en los adultos mayores programa	Base de datos y Ficha de Caracterización	Identificación de la población adulta mayor	Elkyn Sebastián Enríquez Cuarán	5/01/2022	5/02/2022
		Evaluar la capacidad funcional del adulto mayor	Valoración gerontológica e identificación de las necesidades del adulto mayor	Consultorio gerontológico e instrumentos de Valoración Gerontológica Integral.	Resultados de la valoración gerontológica			
		Interpretación de resultados y actualización de la base de datos existente.	Análisis e interpretación de resultados.	Análisis descriptivo de los resultados.	Resultado final de la interpretación de la información obtenida y actualización de la base de datos.			
Ejecución Prevención y promoción de la	Implementación de servicios de atención gerontológica desde el enfoque de envejecimiento	Promoción de envejecimiento activo y saludable.	Estimulación y entrenamiento cognitivo	Uso de herramientas como rompecabezas, baúl de los recuerdos, entre otros.	Favorecer la calidad de vida del adulto mayor.	Elkyn Sebastián Enríquez	14/02/2022	17/06/2022

Etapas	Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Indicadores	Resultados Esperados	Responsable	Inicio	Fin
	activo y saludable en el adulto mayor.	Fomentar hábitos de vida saludable en el adulto mayor.	Sesiones socio-educativas y talleres sobre los hábitos de vida saludable Consulta	Campañas de promoción de hábitos de vida saludable en el centro gerontológico.	Minimizar factores de riesgo físico, familiar y cognitivo en el adulto mayor.			
		Concientizar sobre los hábitos de vida saludable a los Familiares de los adultos mayores.	Sesiones socio-educativas y talleres para las familias de los adultos mayores	Campañas de promoción de hábitos de vida saludable para el adulto mayor y la familia.	Minimizar factores de riesgos en el adulto mayor mediante la ayuda de sus familias.			
Evaluación	Adquirir información útil para tomar decisiones y ajustes a la intervención, si es el caso.	Mejorar y reevaluar si es el caso, las acciones propuestas en el plan de intervención	Aplicación de instrumentos	De acuerdo a los objetivos del proyecto se revisará las acciones aplicadas y la población beneficiada	Análisis de las diversas situaciones implicadas en el proyecto	Elkyn Sebastián Enríquez	14/02/2022	17/06/2022

7.6.3 Fases del Diagnóstico Integral En salud

Fase 1 Definición del objetivo y caracterización de la población:

Cuyo objetivo fue implementar servicios de atención gerontológica desde el enfoque de envejecimiento activo y saludable, en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño; por esta razón, se desarrolló la caracterización en la cual se logró identificar la inexistencia de programas enfocados al adulto mayor.

Fase 2 Análisis e interpretación de la información / de las necesidades de salud:

Para el procesamiento de la información los datos fueron organizados y codificados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. A partir de esto, se hicieron diversos gráficos como histogramas, diagrama de barra y polígonos de frecuencia u otros de acuerdo a los diferentes tipos de variables. Así mismo se utilizó la estadística descriptiva, ya que permite describir, ordenar y presentar los resultados obtenidos de la pasantía.

Fase 3 Análisis de riesgos y priorización:

En esta fase se tuvo en cuenta los cambios operativos que pueden causar distracciones y requerir modificaciones en los flujos de trabajo y afectar el cronograma del proyecto; así mismo, el retiro voluntario y la baja participación de los adultos mayores en las diferentes actividades a desarrollar.

Fase 4 Resultados:

Se interpretaron los resultados obtenidos mediante la valoración gerontológica integral aplicadas, con la finalidad de elaborar el plan de intervención

Fase 5 Plan de acción/Plan de trabajo:

El plan de acción fue encaminado a las actividades, método, técnicas, tiempo y recurso; para los diferentes procesos que se desarrollaron y los que se ejecutaron, desde el inicio de elaboración de la propuesta, la cual fue sujeta a modificaciones.

Fase 6 Evaluación:

Se evaluaron los resultados de la propuesta, para medir el impacto mediante la aplicación de encuestas a los adultos mayores, esto accedió a tomar decisiones para mejorar las acciones y un mayor beneficio en la población atendida. La evaluación permitió medir el impacto del trabajo realizado, se tuvo en cuenta durante todo el proceso, con el fin de cualificar las acciones que se plantearon y ajustaron. Se contempló un proceso sumamente importante para la continuidad del proyecto y el logro de los objetivos propuestos.

7.7 Plan de acción

El plan de acción tiene que ver con el conjuntó de actividades y tareas que se propusieron para brindar una atención integral a los 14 adultos mayores beneficiaros del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes. Además una vez inició la pasantía se solicitó por medio del alcalde de Funes y dirección local de salud apoyar el programa Colombia Mayor con las actividades, promoviendo entornos saludables a partir del enfoque de envejecimiento activo y contribuir a mejorar condiciones de vida. A partir de allí, se realizaron acciones e intervenciones para el manejo de riesgos colectivos y protección de la salud de la población, por medio de la

prevención de entornos saludables. También se hizo acciones de cuidado desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud, así como las propias que desarrolle el individuo en pro de prevenir riesgos y mejore o recupere su estado de salud.

Este planteamiento conduce a establecer la ruta a seguir:

Promoción y mantenimiento de la salud por medio de los actores y autoridades del sector a nivel municipal, regional y nacional. La Promoción de la Salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludables, dirige sus esfuerzos tanto a la población general como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; busca actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud y en últimas, promueve el desarrollo humano y el bienestar tanto de la persona sana como enferma, en este contexto, la enfermedad es vista como una oportunidad para el crecimiento. Para el mejoramiento de la calidad de vida se necesita de un proceso a largo plazo con acciones continuadas y aunque implica altas inversiones al inicio, su efectividad es significativa cuando se logra cambiar condiciones y estilos de vida. El desarrollo de esta propuesta fue indispensable para el compromiso de los diferentes sectores estatales y de la comunidad, a través del individuo y los colectivos con un significativo aporte financiero del Estado.

Por otro lado, la promoción de la salud como estrategia, capacita al individuo sujeto de sus acciones, para trabajar con los grupos sociales en la identificación y análisis de sus determinantes sociales de las necesidades en salud. La participación social y comunitaria se rigió por principios y acciones básicas. Implicó un nivel operativo de trabajar con los adultos mayores pertenecientes a la institución y al programa Colombia Mayor en la identificación y análisis de los determinantes sociales de las necesidades en salud.

- Prestación Integral de servicios de salud gerontológicos a los adultos mayores del “Centro de Atención Integral del adulto mayor Inmaculada concepción del municipio de Funes-Nariño” y los del Programa Colombia Mayor.
- Educación Para la Salud: Se entiende la educación como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo (Proinapsa, 2014). En opinión de la OMS (1983), la

Educación para la Salud es «cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite» Por otro lado , es importante mencionar que la OMS define la educación para la salud como: “Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud” “Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud”

La educación para la salud aborda la dimensión educativa y constituye una de las herramientas primordiales a utilizar a distintos niveles (poblacional, grupal, individual), en diferentes ámbitos (familia, escuela, centros de trabajo, servicios sanitarios...), sola o combinada con otras estrategias.

- **Entrenamiento cognitivo:** El entrenamiento cognitivo induce a la plasticidad cerebral. Proporciona la práctica sistemática necesaria para el establecimiento de nuevos circuitos neuronales y para el fortalecimiento de las conexiones sinápticas entre las neuronas. No podemos olvidar que la educación cognitiva es una actividad encuadrada dentro de la estimulación cognitiva, y que se refiere al entrenamiento de las capacidades o habilidades cognitivas, definidas como un conjunto de procesos cognitivos que tienen como objetivo general el procesamiento de la información que recibimos en nuestro cerebro. Esta intervención cognitiva es fundamental abordar los déficits cognitivos y para mejorar la reserva cognitiva, y así prevenir el deterioro cognitivo, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable. (Bitbrain 2018)

Tabla 5. *Plan de acción*

Actividad	Método	Técnica	Tiempo	Recursos
Reunión con alcalde Municipal para solicitar el desarrollo de la pasantía en el Centro de Atención	Conversatorio con el alcalde municipal.	Oficio - Conversatorio	2 semana de agosto 2021.	Computador Hojas Impresión

Actividad	Método	Técnica	Tiempo	Recursos
Integral Inmaculada Concepción de Funes Nariño.				
Solicitud al programa de Gerontología de la Universidad del Quindío, para permitir el desarrollo de pasantía en el municipio de Funes.	Solicitud realizada por vía correo electrónico.	Oficio	2 semana de agosto 2021	Computador Internet
Reconocimiento de las instalaciones en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción Funes-Nariño	Solicitud de permiso para el recorrido de las instalaciones.	Oficio. Visita de campo.	3 semana de agosto 2021	Computador Hojas Impresión Lapiceros Tapabocas
Inspección de información en la alcaldía municipal, en lo referente a la existencia de programas en pro del adulto mayor	Entrevista a la coordinadora del programa “Adulto Mayor” en la Alcaldía Municipal de Funes.	Preparación de preguntas. Programación del encuentro. Puntualidad. Habilidad de interacción.	4 semana de agosto 2021	Agenda Lapicero Tapabocas
Solicitud de la base de datos de los beneficiarios del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción Funes- Nariño.	Obtener información del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción Funes- Nariño.	Oficio. Visita a la Oficina Programa Colombia Mayor. Visita Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción Funes Nariño	4 semana de agosto 2021	Hoja Impresión Agenda de notas. Lapicero
Estructuración del título, objetivos, planteamiento del problema y justificación.	Asesoramiento para la elaboración de la propuesta. Consultas de información.	Asesoramiento virtual. Utilidad de páginas confiables de internet. Habilidad de lectura.	1 y 2 Semana de septiembre 2021	Computador Internet Agenda Lapicero
Presentación ante consejo curricular de los avances presentados de la propuesta.	Encuentro virtual por webex	Presentación en PowerPoint.	3 semana de septiembre 2021	Computador Internet
Revisión bibliográfica de temas referentes a la propuesta para elaboración de antecedentes y marco teórico.	Utilización de páginas de consulta confiables referentes al tema de la propuesta.	Google académico. La referencia. Biblioteca Virtual de la Universidad Quindío.	4 semana de septiembre y 1 semana de octubre. 2021	Computador Internet Agenda Lapicero
Solicitud de recorrido en las nuevas instalaciones del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción Funes-Nariño	Salida de campo	Observación. Conocimiento profesional.	2 semana de octubre 2021	Agenda Lapicero Celular

Actividad	Método	Técnica	Tiempo	Recursos
Indagación a las diferentes oficinas de la alcaldía municipal.	Recolectar información ya que es base fundamental para la estructuración del diagnóstico de la propuesta.	Construcción de preguntas a consultar. Entrevista.	2 semana de octubre 2021	Computador Agenda Lapicero
Elaboración del diagnóstico de la propuesta de pasantía	Es guiada por las necesidades encontradas en la recolección de la información.	Construcción y redacción de la información planteada	3 y 4 semana de octubre 2021	Computador Internet Hojas
Elaboración de la metodología, plan de acción, resultados, cronograma y anexos.	Asesoramiento del programa de Gerontología a cargo de la docente Gloria Amparo Giraldo.	Lectura. Escritura. Construcción. Redacción.	1, 2 y 3 semana de noviembre 2021	Computador Internet
Se desarrollan reajustes a la propuesta y se socializa ante el programa de gerontología y la alcaldía municipal de Funes-Nariño.	Asesoramiento del programa de Gerontología a cargo de la docente Gloria Amparo Giraldo	Lectura. Escritura. Construcción. Redacción.	4 semana de noviembre y 1 semana diciembre 2021	Computador Internet
Inicio de la pasantía en acuerdo con el Alcalde Municipal de Funes-Nariño.	Por medio de un conversatorio.	Programación del conversatorio	1 semana de febrero 2022	Alcaldía Municipal de Funes-Nariño
Sensibilizar a la población sobre la importancia del gerontólogo en pro del bienestar al adulto mayor	Charlas. Reuniones en conjunto. Invitaciones a participar del proyecto de implementación de servicios gerontológicos a los adultos mayores.	Poster- Tarjetas de invitación – Cartelera- Comunicado mediante la emisora municipal- Perifoneo.	1 semana de febrero 2022	Salidas de campo, Hojas impresión salón de reuniones.
Caracterizar a la población de estudio a intervenir	Bases de datos y salida de campo.	Entrevista. Encuesta.	1 y 2 semana de febrero 2022	Hojas, impresora, lapicero, memorias USB, Transporte
Desarrollo de valoración gerontológica integral del adulto mayor desde el área, física, cognitiva emocional y social.	Valoración Gerontológica Integral.	Aplicación de consentimiento informado y de instrumentos: Barthel, Minimental, Yesavage y Oars.	1 y 2 semana de febrero 2022	Hojas, Lapiceros, Impresora, Carpetas, sillas, Consultorio
Ejecución y ajustes del plan de intervención	Técnicas de Observación. Técnicas de asociación de información.	Construcción de ejercicios y recomendaciones en base a los resultados de la VGI	Entre febrero 2022	Consultorio computador internet impresora
Programa de prevención y promoción de la salud	Sesiones socio-educativas Talleres de integración social, Talleres de estimulación física,	Cartillas Poster Folletos Caminatas Cartelera	Entre febrero y julio 2022.	Salón de encuentros. Video Beam. Hojas.

Actividad	Método	Técnica	Tiempo	Recursos
	familiar y cognitiva articulados al plan de intervención de la VGI.	Manualidades.		Impresión Marcadores Lápices Colores Plastilina Música Pelotas Colchoneta Aros entre otros
Estimulación y entrenamiento cognitivo	Sesiones socio-educativas, Talleres de memoria	Técnicas de visualización. Técnicas de asociación.	Entre febrero y julio 2022	Salón de encuentros. Hojas. Lápices. Colores. Pinceles. Pinturas.
Metas del programa Colombia Mayor.	Apoyar profesionalmente las actividades del programa Colombia Mayor. Fomentar la estimulación física en apoyo con un profesional de educación Física. Intervenir profesionalmente en la prevención y promoción de la salud.	Material de papelería, transporte.	Entre febrero y julio 2022	Salones de encuentro, Materiales actividades, equipo de sonido. Transporte
Evaluar los resultados de la propuesta para medir el impacto	Aplicación de una encuesta a los adultos mayores.	Recopilación de información	Entre febrero y julio 2022	Hoja de evaluación. Lapicero Salón.
Entrega de informe final del proyecto de pasantía	Entrega de actividades cumplidas por la propuesta desarrollada.	Documento	Julio	Computador Internet

7.8 Metas del dis

Tabla 6. *Metas del DIS*

Propuesta General		Función del Gerontólogo
Implementación de servicios de atención gerontológica desde el envejecimiento activo y saludable en el Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño 2022.		Coordinar el programa de atención integral del adulto mayor.
Metas		
Situación inicial	Situacional esperada	En cuanto tiempo
Se cuenta con una infraestructura física, pero no hay una persona que coordine y comprenda el proceso del envejecimiento, dado a que se evidencia una inexistencia de programas integrales para el adulto mayor en el Municipio de Funes, Nariño.	Se dé apertura a la atención integral para el adulto mayor del Municipio con la vinculación del gerontólogo quien coordina	Febrero a Junio 2022
No existen valoraciones de la capacidad funcional que determinen el estado de salud del adulto mayor.	Crear una base de datos y archivo en la cual se suministre información clara veraz y completa, sobre el estado de salud, para el cuidado integral de los adultos, permitiendo de esa forma caracterizar a los adultos mayores del Municipio de Funes.	Febrero a Junio 2022
No cuentan con servicios de estimulación y entrenamiento cognitivo de los adultos mayores.	Prevenir, mejorar y mantener los factores cognitivos como: Orientación, memoria, atención y cálculo, evocación y el lenguaje, esperando así potenciar determinadas habilidades cognitivas, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.	Febrero a Junio 2022
Inexistencia de programas de prevención y promoción de la salud.	Fomentar hábitos de vida saludable para lograr minimizar factores de riesgo. Promover el autocuidado, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Potenciar la autonomía de los adultos mayores.	Febrero a junio 2022
Metas, Programa Colombia Mayor de Funes.	Alcalde municipal contemplan el requerimiento de apoyo en las actividades que programan la oficina Adulto Mayor. Fomentar la estimulación física en apoyo con un profesional de educación Física. Intervenir profesionalmente en la prevención y promoción de la salud.	Febrero a Junio

7.9 Componente bioético

Cómo este proyecto es técnica y éticamente correcto

Este estudio es técnicamente correcto debido a que procura de manera rigurosa el cumplimiento del proyecto de pasantía a realizar y se encuentra en coherencia con los objetivos de la misma, así como con el abordaje metodológico propuesto.

De manera adicional, aborda la implementación de servicios de atención gerontológica desde el enfoque de envejecimiento activo y saludable, de acuerdo con las tendencias más recientes de investigaciones en este campo.

Por otro lado, esta éticamente correcto en tanto se van a respetar los principios éticos como la honestidad, responsabilidad, respeto, imparcialidad, reconocimiento al trabajo del otro, coherencia, viabilidad y técnicas acordes con la metodología, brindando beneficencia a los participantes, toda vez que los resultados dan posibilidades de intervención futura para mejorar su bienestar y calidad de vida, sin causar ningún daño colateral.

¿Cómo se va a proteger la integridad y la seguridad de los investigadores, demás vivientes directamente involucrados en los procesos y procedimientos de investigación, y el entorno social y ambiental? ¿Se conocen, se manejan y aplican las normas relacionadas con dicha integridad y seguridad?

La integridad y seguridad de las personas y procesos involucrados de este trabajo, se realizarán mediante un consentimiento por parte de los usuarios del Centro de atención integral inmaculada concepción de Funes y la alcaldía del municipio de Funes. Además, manteniendo la confianza y credibilidad a través de las buenas prácticas y apropiación del conocimiento bajo los lineamientos éticos y bioéticos sobre el deber ser, construyendo los acuerdos mínimos sobre el alcance, los objetivos y el seguimiento de este proyecto que permiten poner en práctica la honestidad y la eficiencia en los diferentes contextos que se utilizarán.

De antemano, se conoce la normatividad relacionada con la integridad y seguridad para llevar a cabo esta investigación con responsabilidad y confidencialidad cumpliendo con los aspectos

éticos establecidos en la resolución 8430 de 1993 (Minsalud, 1993), en la cual se establecen las normas técnicas y administrativas para investigaciones en salud.

Mencionar y precisar qué impactos negativos (efectos adversos, efectos secundarios, etc.) podría tener su proyecto y como los minimiza

El riesgo en el proyecto de pasantía es mínimo, lo que se puede presentar es que los adultos mayores al momento de realizar su diagnóstico, actividades, atenciones que se le brindara en el centro de atención integral, tengan poca participación o se nieguen a realizarlo.

De darse este caso, se debe respetar el espacio y suspender inmediatamente dichas actividades y proceder a llegar a un acuerdo mutuo donde se defina si en un próximo encuentro se continua con la atención, o si, por el contrario, se da fin al procedimiento que se lleve realizado hasta el momento.

¿Cómo va a custodiar la información sensible?

El estudiante de pasantía realizó una base de datos con toda la información de los usuarios del centro de atención integral, en la cual se incluyó el diagnóstico, las actividades a realizar, los avances, seguimiento y sus respectivos resultados, teniendo en cuenta que el acceso a dicha información será exclusivamente del pasante, el tutor y la directora del centro de atención integral.

Explique los conflictos de interés que puedan comprometer la confiabilidad del trabajo en propuestas de investigación, publicaciones y comunicaciones públicas

La realización de este trabajo no presentó conflictos de interés de ningún tipo, ya que contó con la autorización y aval de la Alcaldía Municipal de Funes y la Universidad del Quindío, para que el pasante tenga acceso a la información necesaria y proceda con la ejecución de la propuesta, lo anterior teniendo en cuenta que el único interés del pasante es profundizar en un tema de aplicación basado en el campo de la gerontología.

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

8.1 Caracterización de la población adulta mayor institucionalizado y adultos mayores del programa Colombia Mayor.

Se brindó una atención integral a los 14 adultos mayores beneficiarios del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes y apoyar a 80 adultos mayores participantes del programa Colombia Mayor con actividades de prevención de la enfermedad a partir de la educación en salud promoviendo entornos saludables a partir del enfoque de envejecimiento activo y mejorar condiciones de vida, en primer momento se realizó una ficha de caracterización que permitió conocer las realidades situacionales de la población intervenida que se determinó las siguientes variables:

Tabla 7. Edad

Edad	Institucionalizados	Programa Colombia Mayor
65-69	0	18%
70-74	14%	20%
75-79	22%	30%
80 y mas	64%	32%

Respecto a la Tabla 7, se encontró que los adultos mayores institucionalizados con un 64% tienen el porcentaje más alto dentro de los 80 y más años, seguido de los adultos mayores entre 75-79 años con el 22% y en el grupo de 70-74 años con el 14%. Mientras que las personas adultas mayores del programa Colombia Mayor se encontró el mayor porcentaje en personas el 32% entre 80 años y más, seguido entre 75-79 años con el 30%, el 20% entre las edades 70-74, y el menor porcentaje está entre los 65-69 años de edad con un 18%.

Tabla 8. Sexo

Sexo	Institucionalizados	Programa Colombia Mayor
Masculino	57%	35%
Femenino	43%	75%

En cuanto el género se encontró que el 57% son hombres y el 43% mujeres en los adultos mayores institucionalizados. En cambio las personas adultas mayores del programa Colombia Mayor se identifica que 35% son hombres y el 75% son mujeres.

Tabla 9, Estado Civil

Estado civil	Institucionalizados	Programa Colombia Mayor
Soltero	64%	50%
Casado	0	20%
Viudos	14%	30%
Separados	22%	0

El estado civil de los adultos mayores institucionalizados se identificó que el 64% son solteros, el 22% separados y 14% viudos. Mientras que las personas del programa Colombia Mayor, 50% se caracteriza en personas solteras, seguido de un 30% personas viudas y por último, en menor porcentaje se encuentra las personas casadas con un 20%. Es decir, vemos como las personas solteras predominan tanto en los institucionalizados como no institucionalizados como se puede apreciar en la tabla 3.

Tabla 10. Nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Institucionalizados	Programa Colombia Mayor
Primaria incompleta	21%	43%
Sin estudio	79%	57%

El nivel de escolaridad tanto de los institucionalizados como del programa Colombia Mayor que participaron en el proyecto, donde presentaron un alto porcentaje del 79% en institucionalizados y el 57% del programa Colombia Mayor no tuvieron estudio, por lo contemplado se puede deducir que en esa época en algunas ocasiones se daba por la situación económica o por la cultura, donde no veían la importancia de la educación en algunas familias y solo los educaban para el trabajo. Mientras que en los adultos mayores del programa Colombia Mayor el 43% y 21% de las personas institucionalizadas, solo accedieron a la educación en la primaria incompleta.

Tabla 11. Nivel de Familia

Nivel familiar	Institucionalizados
Tienen familia	21%
No tienen familia	79%

Se puede observar que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados no tienen familia con el 79% generando así la institucionalización, mientras que un bajo porcentaje del 21% tiene familia y se encuentran allí por problemas de salud y bajos recursos económicos.

Tabla 12. Tipo de Familia

Tipo de familia	Programa Colombia Mayor
Vive con su pareja	20%
Vive con sus hijos	31%
Vive con sus hermanos	11%
Vive solo	38%

Según los resultados arrojados los adultos mayores que hicieron parte de las actividades desarrolladas, el 38% viven solos, mientras, que una parte importante viven con sus hijos 31%; el 20% viven con su pareja y el resto de la población el 11% vive con sus hermanos.

8.2 Actividades de prevención

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS) prevención de la salud “es el proceso que permite a las personas incrementar el control de su salud.

El objetivo fue minimizar factores de riesgo y concientizar a los adultos mayores, a través de la estrategia de Educación para la Salud, sobre temas relacionados con vejez y envejecimiento activo y saludable.

Educación en salud

Se entiende la educación para la salud con enfoque integral en proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo (Proinapsa, 2014)

La educación para la salud aborda la dimensión educativa y constituye una de las herramientas primordiales a utilizar a distintos niveles (poblacional, grupal, individual), en diferentes ámbitos (familia, escuela, centros de trabajo, servicios sanitarios...), sola o combinada con otras estrategias, y la fomentación de temas que fueron presentados a dirección local de salud por medio de un plan de acción siendo la primera charla educativa socializada a los adultos mayores del municipio beneficiarios del programa Colombia Mayor, siendo programadas en los diferentes destinos que son: Funes, vereda Chapal y vereda Guapuscal.

El eje del programa son los talleres y campañas dirigidos a la prevención de las enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, hipertensión, osteoporosis, etc.). Se realizaron jornadas y dispositivos educativos sobre hábitos saludables, higiene del sueño, deberes y derechos en el adulto mayor, estereotipos del adulto mayor, desnutrición, depresión, stress, factores de riesgo de las enfermedades y técnicas de relajación.

La educación en salud se orientó

Nivel Individual: Las actividades son organizadas o programadas y pactadas entre profesional y los adultos mayores del programa Colombia Mayor en las que se trabajó paquetes educativos

que estén enfocados en promover el envejecimiento activo y saludable que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor.

Nivel Grupal: Actividad realizada mediante talleres educativos dirigidos en grupos tanto de los adultos mayores institucionalizados como los del programa Colombia Mayor, con la finalidad de mejorar sus capacidades sociales ante la integración con otros adultos mayores.

Lo que se pretendió con la educación para la salud era que los adultos mayores, mejoren el conocimiento en relación con la salud y reflexionen sobre los estilos de vida y de esa manera transformen o al menos tomen conciencia sobre aquellas situaciones que los lleva a tener efectos adversos en su salud y además, propender por el autocuidado y una mejor calidad de vida.

Tanto en el trabajo individual como grupal el propósito es aprender cuidados para su salud y las de su familia, motivándolos para que asumieran estilos de vida saludables. Se promovió el autocuidado de esa forma controlar los factores de riesgo que inciden y afectan la salud. El Gerontólogo a través de la educación, facilita conocimientos respecto al proceso de envejecimiento humano y la etapa de la vejez, convirtiéndose en el artífice de la transformación o el cambio de la actitud de los individuos en relación con este; la promoción de una vida exenta de prejuicios y estilos de vida inapropiados, reconociendo de este modo la participación de los demás conocimientos en función de la integralidad del trabajo en Gerontología.

Imagen 7. Educación en salud Programa Colombia Mayor)



8.3 Actividades de promoción

De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS) como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, es decir que la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno a que ayuda a promover y proteger la salud. Que va encaminado en el enfoque de entornos saludables, enfoque de promoción de la salud, promover la salud y prevenir enfermedades.

La promoción de la salud es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones individual y colectiva. Busca que la persona, la familia y la comunidad adquieran

hábitos para mantenerse saludables e identifiquen y modifiquen aquellos hábitos inadecuados (fumar, ingerir alcohol).

Es por ello, muy importante que las personas realicen actividades en beneficio de su propia salud para prevenir enfermedades y adicionalmente las instituciones también deberán fomentar actividades de promoción de la salud, con diferentes tareas o actividades programadas para el mejoramiento de la dimensión física, cognitiva, emocional y social.

8.3.1 Atención Centrada en la persona

La atención centrada en la persona va enfocada a integrar atención y apoyo en los procesos de autodeterminación y de control de la propia vida para las personas con necesidades especiales. Ha sido definida como un método mediante el que se facilitan los apoyos precisos para que las personas, sobre la base de su propia historia, capacidades y deseos, planifiquen las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida.

Por lo tanto la atención integral y centrada en la persona es la que se promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Se trabajó desde este enfoque, en consulta con los adultos mayores institucionalizados durante el desarrollo de la pasantía. Inicialmente se realizó una valoración multidimensional en torno a la salud funcional (físico, mental, familiar y social) y a partir de allí el plan de intervención y seguimiento individual durante este período. . Martínez menciona que la ACP busca la personalización de la atención entendiendo que cada individuo se construye como persona en procesos de apertura y comunicación con los demás. Pretende que cada persona (incluyendo también a quienes tienen mermada su autonomía) tome un papel de agente central y, en la medida de lo posible, activo. El objetivo no es solo individualizar la atención sino empoderar a la persona desde la relación social para que ella misma pueda seguir, en la medida de sus capacidades y deseos, gestionando su vida y tomando sus decisiones (p.29).

Para esta valoración, se tuvieron en cuenta los instrumentos permitidos en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, emitida desde el Ministerio de Salud y que deben aplicar las instituciones de salud en la etapa de la vejez.

- Índice de Barthel,
- Escala Mini-Mental
- Escala de yesavage
- Escala del Oars

8.3.2 Resultados valoración gerontológica

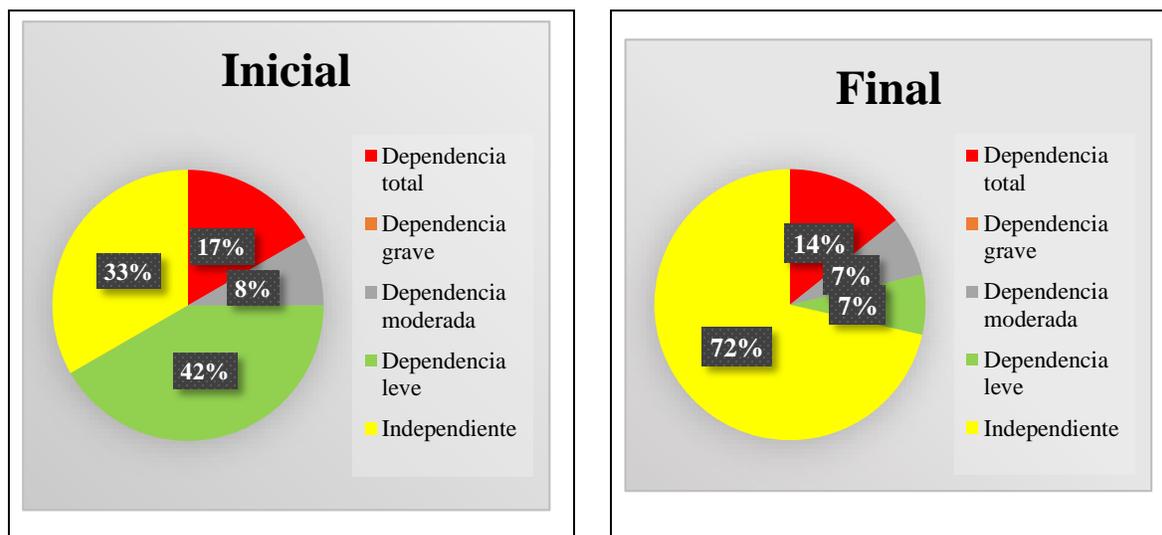
La valoración gerontológica se realizó en dos momentos: al inicio de la pasantía y al final, para determinar la efectividad de la intervención, en estos dos momentos se trató de evaluar el impacto conseguido al implementar los servicios gerontológicos con el propósito de comparar los cambios presentados de los adultos mayores en el desarrollo del proyecto.

El Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes-Nariño actualmente cuentan con 14 adultos mayores, a los cuales se les realizó la valoración Gerontológica con los siguientes instrumentos: Barthel, Minimental, Yesavage y OARS.

Actividades de la vida diaria

Son aquellas actividades o tareas que el ser humano desarrolla de forma cotidiana en mayor o menor medida a lo largo del día, es decir que son aquellas actividades relacionadas con el autocuidado y la independencia sin la necesidad de acudir la ayuda de otra persona.

Gráfica 1. *Actividades de la vida diaria*



La evaluación inicial dio como resultado que el 42%, de los adultos mayores sujetos de estudio, presentan una dependencia leve es decir que el adulto mayor requiere ayuda ocasional del cuidador para fortalecer o ayudar a algunas actividades de la vida diaria como al momento de comer, bañarse, vestirse, arreglarse, caminar largas distancias, subir y bajar escalones, ante lo cual requieren de asistencia física o supervisión para el momento que lo necesiten.

También se deduce que un 33% de los adultos mayores son independientes quiere decir que no requiere la ayuda de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, los cuales poseen habilidades para desarrollar actividades como la carpintería y la costura, lo que les permite seguir manteniendo su estabilidad física y emocional.

Un 17% se encuentran en estado de dependencia total, quienes requieren de ayuda permanente de un cuidador para desarrollar sus actividades cotidianas.

Un 8% tienen dependencia moderada se considera que el adulto mayor necesita ayuda para realizar varias de las actividades básicas de la vida diaria al menos, una vez al día en el momento de lavarse, vestirse, arreglarse, usar el retrete, caminar, subir y bajar escalones.

Analizando la evaluación final, los resultados de la gráfica indican que el 72% son independientes, es decir que el plan de intervención de actividades desarrollados se logró el mejoramiento de la independencia de los adultos mayores.

Po su parte el número de personas en dependencia total disminuyó tres (3) puntos porcentuales pasando de un 17% a un 14% resaltando que se ha logrado que una persona adulta mayor coma su alimento de manera independiente siendo un gran avance para su estado.

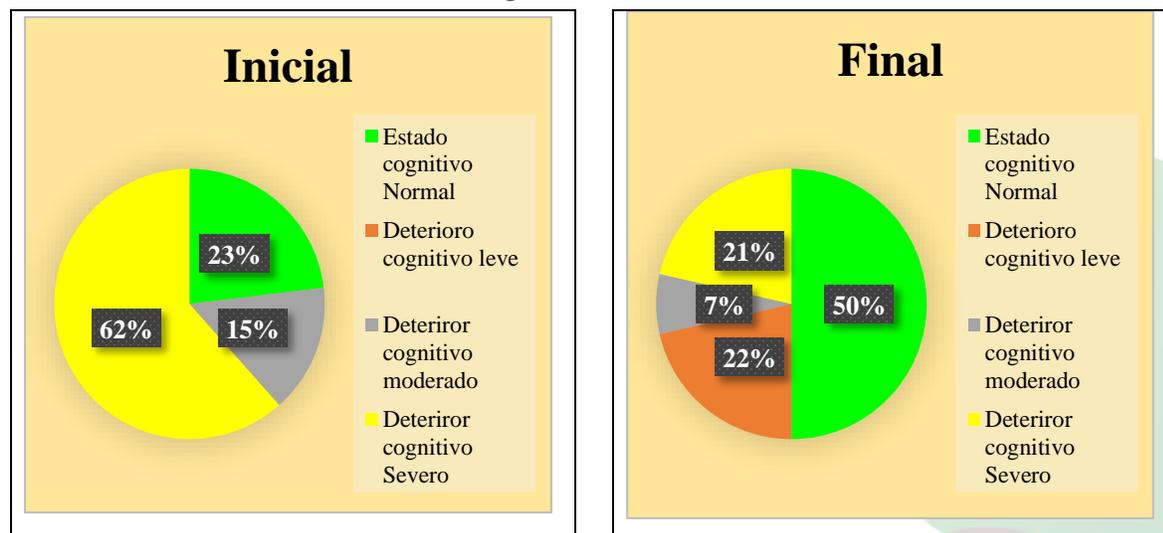
Finalmente se observa que un 7% se ubican entre dependencia leve y dependencia moderada.

Los resultados confirman que las diferencias observadas son significativas al hacer la prueba inicial y compararla con la prueba final, determinando por ejemplo que; la dependencia leve que tenían los adultos mayores institucionalizados, pasó de un 42% en la valoración inicial a un 7%, en la valoración final lo que indica que se mejoró un 35 % generando un cambio en las personas adultas mayores institucionalizadas, logro obtenido, mediante el desarrollo de intervención gerontológica.

Valoración del estado cognitivo

Permite conocer o identificar en qué nivel cognitivo se encuentra el adulto mayor de acuerdo a los criterios evaluados como; orientación, memoria, atención y cálculo, evocación y lenguaje para desarrollar una intervención personalizada y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Gráfica 2. *Valoración del estado cognitivo*



En la valoración inicial el 62% de los adultos mayores evaluados, presentan deterioro cognitivo severo implica un estado del adulto mayor en el que sufre una gran pérdida de la memoria así como problemas de conductas identificándose en la desorientación en espacio y tiempo, deterioro en la memoria, atención y cálculo, evocación y lenguaje, mientras que para la valoración final el porcentaje de adultos mayores en estado cognitivo normal es decir que el adulto mayor se encuentra en un nivel de conocimiento y entendimiento estable del contexto que se presenta cada día, el cual se ubica en un 21%, mejorando 41 puntos porcentuales.

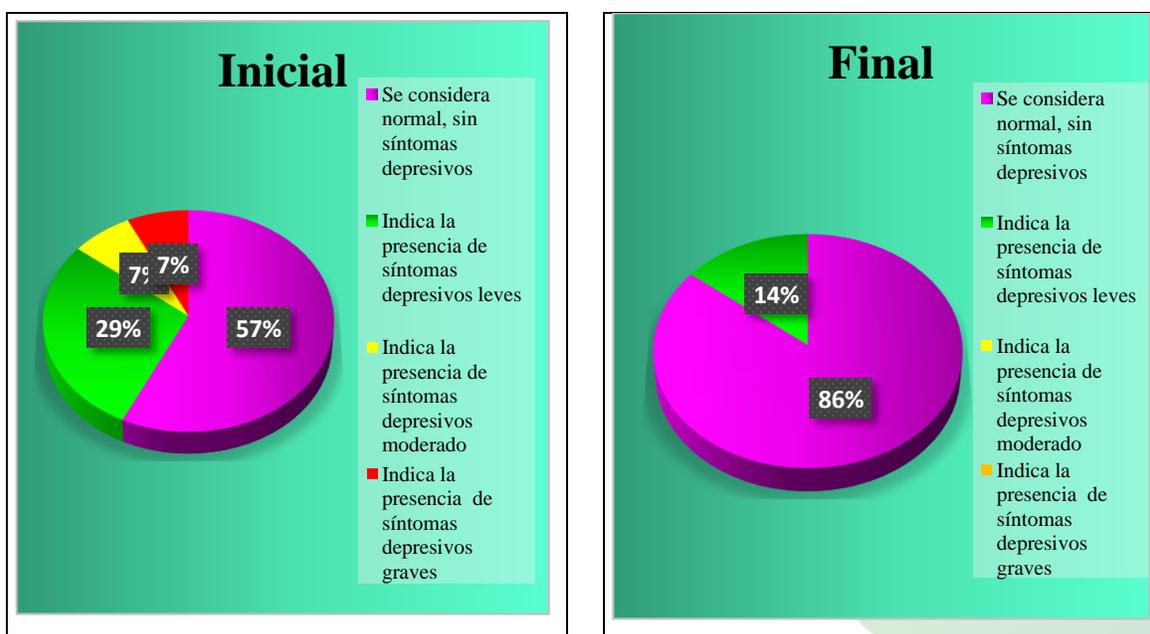
Por su parte, la evaluación inicial, un 15% presenta deterioro cognitivo moderado, mientras que la evaluación final se rebajó al 7%, mejorando en más del 50% ese indicador, lo que se considera como una diferencia significativa notable.

Finalmente el análisis inicial demuestra que un 23% se encuentra en estado cognitivo normal, la evaluación final se eleva al 50%, mejorando en 27 puntos porcentuales este indicador.

Escala de Yesavage

Permitió evaluar en qué nivel o estado se encuentra el adulto mayor para diagnosticar el nivel de depresión que se encuentran los beneficiarios residentes de la institución.

Gráfica 3. Escala de Yesavage



Respecto a la depresión, se encontró que el 14% de las personas mayores presentan síntomas depresivos moderados (7%) y graves (7%) los cuales han sido detectados por medio de la valoración y se resalta que por medio de las dificultades de su funcionalidad e independencia de las AVD, lo ha conllevado a padecer síntomas depresivos. Mientras que la valoración final con un 14% de los individuos presentan síntomas depresivos leves, sin embargo estas personas presentan mal estado funcional requiriendo permanentemente del apoyo de otra persona generando así un sentimiento negativo, renunciando a muchas de sus actividades e intereses, sienten que su vida está vacía, viven aburridos(as), se sienten dependientes, y en estos momentos piensan que no es estupendo estar vivo(a).

Un 29%, padecen síntomas depresivos leves que están influenciado en los aspectos de temor a caídas, dificultad en la movilidad, baja motivación para el desarrollo de actividades lúdicas y el no contar con un núcleo familiar que los visiten o acompañen.

El 57% de la gráfica demuestra en la valoración inicial actitudes positivas ante su vida, les gusta relacionarse con otras personas, desarrollan sus habilidades de interés como tejer, el baile y la carpintería, además, consideran que el cuidado que les brinda la institución es agradable para su vida, es por ello que se determina como una persona normal, sin síntomas depresivos, esa actitud positiva se incrementa la valoración final en un 29 %, ya que el 86% se ubican en ese segmento.

Recursos sociales

Esto permitió identificar como se encuentra el adulto mayor en las relaciones sociales son aquellas interacciones sociales que tiene con las personas que lo rodean como; familiares, amigos, compañeros se identifica si son relaciones satisfactorias o relaciones insatisfactorias, baja calidad.

Gráfica 4. *Recursos sociales*



El análisis de la escala para determinar los recursos sociales indica la valoración inicial el 67% presentan unos recursos sociales bastante deteriorados, ya que no cuentan con amigos o familiares que puedan ayudarlos, la carencia de una persona de confianza genera un decaimiento emocional por la falta de recursos sociales que le den importancia a su vida.

El 25% durante la evaluación inicial, presenta recursos sociales ligeramente deteriorados, es decir que las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pero consideran que al menos, una persona cuidaría de él/ella pero solo sería por un corto espacio de tiempo. Sin embargo a la evaluación final ese porcentaje se incrementa en 11 puntos, ubicándose en la gráfica en un 36% lo que demuestra que la actitud de las personas hacia ese indicador ha mejorado.

En la evaluación inicial, tan solo un 8% considera que tienen buenos recursos sociales, ya que cuentan con una visita y comunicación constante de sus familiares y amigos, tanto físicos como telefónicos, al menos una persona cuidaría de él/ellas durante un corto espacio de tiempo.

Estos porcentajes presentados durante el análisis de la evaluación final, demuestran que la mayoría de beneficiarios del CBA son influenciados por el estado de abandono familiar, además de las implicaciones que generó la pandemia de Covid 19 a nivel mundial, a excepción del 14%

de los evaluados que consideran que tienen excelentes recursos sociales, mientras que un 22% establece que tiene acceso a buenos recursos sociales que fueron mejorados debido a las estrategias telefónicas para comunicarse con su familia y al otorgamiento de salidas activas con el acompañamiento del celador.

8.3.3 Entrenamiento físico en adultos mayores institucionalizados y del Programa Colombia Mayor.

El entrenamiento físico se trabajó a nivel institucional y el programa Colombia Mayor Según la OMS, implica “Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gastos de energía.” Que fortalezcan las funciones motoras del adulto mayor. Siendo una estrategia fundamental para el mantenimiento de un estilo de vida activo y saludable, es decir que el entrenamiento físico contribuye a incrementar la longevidad y tener una vida mejor.

Teniendo en cuenta que una persona adulto mayor presenta diferentes cambios emocionales, físicos y cognitivos se está promoviendo la participación activa resaltando la importancia y la acogida de ambos grupos tanto de los Adultos mayores institucionalizados como los del programa Colombia Mayor con entrenamiento físico, logrando alcanzar se percibió que los adultos mayores siempre la esperaban, otorgando disposición, motivación, y entusiasmo para el desarrollo la actividad.

Teniendo lo siguientes resultados:

- Aumento de energía para desarrollar las actividades.
- Capacidad de realizar movimientos con plenitud y eficiencia.
- Mantener una estabilidad social con sus amigos y familiares.
- Mejoró la estabilidad emocional de cada adulto mayor.
- Disminuyó el riesgo de caídas.
- Mejoró la habilidad para hacer las actividades de la vida diaria.

Centro De Atención Integral Del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes-Nariño

Gráfica 5. Actividades físicas



8.3.4 Entrenamiento cognitivo

El ser humano tiene una serie de capacidades cognitivas funcionales motoras, emocionales y psicosociales que le permiten adaptarse al entorno. Estas capacidades son susceptibles de poder ser mejoradas a través de la práctica y la experiencia, mediante la estimulación cognitiva

El entrenamiento cognitivo es el conjunto de técnicas y estrategias que permiten optimizar la eficiencia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, proceso de orientación y praxis) mediante una serie situaciones y actividades concretas que se estructuran que se denomina “programas de entrenamiento cognitivo”

Es decir, el entrenamiento cognitivo permite estimular al adulto mayor en las capacidades cognitivas, con el objetivo de mejorar la capacidad funcional y disminuir la dependencia del adulto mayor.

Por lo cual se da apertura al entrenamiento cognitivo en el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes con las siguientes actividades.

SESIÓN 1 MEMORIA	
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó el dominó como estrategia para fortalecer el recordatorio de los números, el cual permitió aporta beneficios y ventajas para los adultos mayores ya que este juego presenta características que favorecen el mejoramiento de la área cognitiva y social,
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> • Participación grupal.
Estrategia y Técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de la información: Consiste en relacionar información nueva con datos ya conocidos que disponen el sujeto, con ellos se favorece al aumento del significado de los datos a retener y, por tanto, su almacenamiento. • Técnica de Números: La presente actividad estuvo plasmada con el juego dominó que resalta el manejo de números para poder tener un ganador y permitió organizar, categorizar y ordenar un tiempo y espacio lo que se conoce mediante distintas formas de estructurar la realidad, distinguiendo lo esencial de los accesorios y manteniendo la capacidad para ordenar las ideas.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró los siguientes beneficios ante la finalización del ejercicio. • Participación motivacional de los adultos mayores. • Aumento del cociente intelectual • Incrementó la capacidad para resolver problemas. • Favoreció el desarrollo de la creatividad en la toma de decisiones. • Memorización numérica • Promueve la paciencia • Fortaleció los lazos afectivos

Gráfica 6. *Actividad Domino*



SESIÓN 2 MEMORIA DE CONSOLIDACIÓN	
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> Esta estrategia fue una de las más placenteras en los adultos mayores ya que fue entretenida, se disminuye el estrés, se fomenta la creatividad, se ejercita los dos hemisferios cerebrales permitiendo estimular la plasticidad cerebral y revertir el deterioro cognitivo.
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo individual
Estrategia y Técnica	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia de registro de la información: Permite comprender indicaciones para desarrollar actividades de acuerdo a la información manifestada al adulto mayor Técnica de organización: Es la función responsable de almacenar la información recibida y organizarla de forma lógica (como quien ordena que color se debe pintar y en que ubicación de la imagen).
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Se logró los siguientes beneficios ante la finalización del ejercicio. Generó impacto motivacional de cada adulto mayor. Estimulo lado creativo y emocional. Logró mantener la atención y concentración de la memoria. Ayudó a coordinar los movimientos físicos. Se reforzó el autoestima

Gráfica 7. *Memoria de Conciliación*



SESIÓN 3 ORIENTACIÓN	
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> Permitió ayudar a facilitar el conocimiento, por parte de la persona adulta mayor, de sus contextos, tanto naturales como socioculturales, para que identifique con qué, de lo que tiene a su alrededor pueda contar; guiarla hacia un autoconocimiento, con el fin de que desarrolle sus potencialidades, tome mejores decisiones, planifique sus proyectos de vida, clarifique su sentido de vida en las distintas situaciones vitales y construya resiliencia para enfrentar y superar sus adversidades.
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo a nivel individual y grupal
Estrategia y Técnica	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia de registro de la información: Facilitan el proceso de reunir y procesar información de varios temas de una manera sistemática, que permite conocer el entorno espacial y temporal del sujeto. Técnica de la Asociación y visualización: La presente actividad estuvo plasmada en dos ejercicios los cuales se encuentran descriptos de la siguiente manera. 1 orientación Espacio-Temporal y de la Persona: Se presentó un cuadro dividido en tres segmentos que contendrán algunas preguntas simples que se llevara de forma escrita o verbal. 2 reconocimiento de objetos: En esta actividad, los Adultos Mayores deben conectar diferentes objetos con los lugares y materiales que se pueden relacionar en el desarrollo del diario vivir. Por ejemplo, en esta ficha de orientación espacial específica se debe determinar qué artículos pertenecen a la agricultura.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Se percibió luego de finalizar varias sesiones que el adulto mayor por iniciativa propia se interesa en mantenerse actualizado en tiempo y espacio. Los adultos mayores inician a utilizar estrategias para mantenerse en contexto de la hora, día y año por medio de la radio, relojes. Mantiene la orientación del adulto mayor. Se fortaleció el razonamiento. Se previno enfermedades Se mantuvo la mente activa y atenta. Se desarrolló eficientemente la actividad con cada adulto mayor Se estimuló la memoria de largo plazo

Gráfica 8. Orientación en estado cognitivo



SESIÓN 4 SENSORIAL	
Actividad	La actividad fue dirigida a estimular cognitivamente los sentidos utilizando las dinámicas creadas mediante imágenes promoviendo el registro y almacenamiento de información sensorial relacionada con la forma y la estructura de los objetos y los sonidos o palabras.
Metodología	Nivel grupal
Estrategia y Técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de creación de imágenes visuales: Fue estimulado por estrategia pedagógica que activen la producción de representaciones mentales a fin de activar el desarrollo mental y personal, la comprensión, el aprendizaje, la transferencia y la creatividad, en general. • Técnica de visualización: permitió identificar colores y objetos que están guiadas por la imaginación y los cinco sentidos (vista, olfato, tacto, gusto y audición) estimulando la parte cognitiva y esta enlazada al trabajo de memoria.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró los siguientes beneficios ante la finalización del ejercicio. • Realizaron la actividad con buen sentido del humor. • Permitted desarrollar lasos sociales de compañerismo • Logro aumentar la curiosidad y atención del adulto mayor en la actividad • Promovió el pensamiento lógico • Identificó que algunos de los sentidos como lo visual están en un estado de deterioro. • permitió estimar la memoria de largo plazo.

Gráfica 9. *Estimulación de la memoria sensorial*



SESIÓN 5 AGNOSIA	
Actividad	La estrategia estuvo enfocada en estimular la memoria, atención por medio del reconocimiento de objetos cotidianos, se ponen en funcionamiento para percibir y reconocer la forma y las características físicas, visuales, auditivas, olfativas.
Metodología	Trabajo nivel individual
Estrategia y Técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia: Creación de imágenes visuales y la identificación de sonidos, permite procesar información visual mediante la memoria de corto plazo y memoria de largo plazo. Es decir permite al cerebro mantener una percepción coherente del mundo que nos rodea. • Técnica: Generación de imágenes y la identificación de sonidos, permite activar la atención, reconocimiento, recuerdo, asociación, denominación de los objetos presentados en la estimulación cognitiva.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró los siguientes beneficios ante la finalización del ejercicio: • Positivismo en la actividad • Eficiencia en la estimulación de las habilidades visuales y auditivas • Se logró progresivamente aumentar el nivel de recuerdos de su curso de vida, mediante la identificación de imágenes. • Evidenció facilidad para diferenciar sonidos • Se incentivó su autoconfianza.

Gráfica 10. *Actividad de Agnosia*



SESIÓN 6 REMINISCENCIA	
Actividad	Fue realizada con el propósito de mejorar la calidad de vida del adulto mayor, estimulando la evocación del recuerdo y sucesos del pasado, la atención, la memoria y el lenguaje con la finalidad de conseguir fortalecer y consolidar la propia identidad de cada uno.
Metodología	Trabajo a nivel individual
Estrategia y Técnica	<p>Estrategia para el recuerdo: Se trata de realizar preguntas mediante la visualización de imágenes y de objetos que permitan la facilidad de recordar sus eventos pasados.</p> <p>Técnica de Visualización: Se indicará imágenes y objetos que estén relacionados con el pasado de su historia de vida.</p>
Evaluación	<p>Se logró los siguientes beneficios ante la finalización del ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se estimuló la memoria episódica y semántica • Se incrementó la sensación de bienestar. • Se revivió momentos significativos de su curso de vida. • Se potenció la autoestima y sentimientos de identidad • Se ganó la confianza y seguridad para afrontar los cambios • Mejoró la estabilidad emocional

Gráfica 11. *Estimulación de reminiscencia*



Uno de los mayores temores en las personas es la pérdida de la memoria, esto hizo que todo el trabajo de entrenamiento cognitivo fuera una actividad de mucho interés y acogida dentro del grupo, por lo que se dio una participación total de los adultos mayores.

1.1.1. Evaluación de satisfacción

Se realizó una encuesta de satisfacción de manera dicotómica con el propósito de saber en qué grado determinan los adultos mayores respecto a los servicios. El cuestionario se elaboró de la siguiente manera:

Formato encuesta de satisfacción del proyecto.

Nombre del encuestado		
Preguntas	SI	NO
1. ¿Estas satisfecho con el servicio brindado por parte del Gerontólogo?	94	0
2. ¿La disposición del Gerontólogo para resolver dudas e inquietudes fue apropiado?	94	0
3. ¿Vio algún cambio en usted después de las intervenciones por el Gerontólogo?	91	3
4. ¿El comportamiento del Gerontólogo fue adecuado en todo momento?	94	0

Análisis de resultados

- Primera pregunta todos los adultos mayores encuestados, expresaron su satisfacción con el servicio brindado por el Gerontólogo.
- Segunda pregunta el 94 de los adultos mayores manifestaron el 100% que el Gerontólogo resuelve dudas e inquietudes fue apropiado.
- Tercera pregunta, 3 adultos mayores de un total de 94 manifiestan que no presentaron cambios en su salud.
- Cuarta pregunta, los adultos mayores manifestaron agradecimientos por la actitud y compromiso del gerontólogo en su intervención, expresando la importancia del adulto mayor.

8.4 Actividades administrativas

Las actividades administrativas se realizaron tanto con el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción en el municipio de Funes como con el Programa Colombia Mayor.

- **Apoyo a la Coordinación del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción en el municipio de Funes.**

Al ser miembro de la administración de la alcaldía de Funes, Departamento de Nariño, en el desarrollo de “Prestación de servicios de apoyo a la gestión, en apoyo a la coordinación del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción del Municipio de Funes, donde a lo largo del camino en la ejecución del proyecto surgieron otras responsabilidades, relacionada con el cargo y el buen funcionamiento de la institución. Dichas actividades fueron:

- **Gestión de diferentes apoyos que requerían la institución como también los adultos mayores**

Se gestionó la prestación de servicios complementarios de los profesionales del “Centro de Salud de Funes” y otras dependencias del municipio; para trabajar articuladamente y poder remitir los casos que se encuentren comprometida su dependencia, y reciba la atención necesaria:

- Procesos de vacunación
- Remisión de adultos mayores al centro de salud con médico y otros profesionales como el psicólogo, cuando se requería.
- Capacitaciones al personal en el manejo del adulto mayor y ante situaciones de emergencias.

Gráfica 12. Señalización del Centro de Atención Integral Inmaculada Concepción de Funes



- **Creación y actualización de documentos exigidos por el instituto departamental de salud de Nariño.**

Se diseñaron y plasmaron formatos o documentos que requería la institución para seguir manteniendo la reglamentación administrativa de la institución que fueron los siguientes:

1. Formato para el registro de control médico de cada Adulto Mayor.
2. Elaboración del manual de convivencia de la institución
3. Creación del directorio de servicios institucionales de emergencia.
4. Formato de seguimiento de consulta médica
5. Creación de invitación pública para gestionar recursos para los refrigerios del programa Colombia Mayor.

Gráfica 13. *Creación y actualización de documentos exigidos por el instituto departamental de salud*

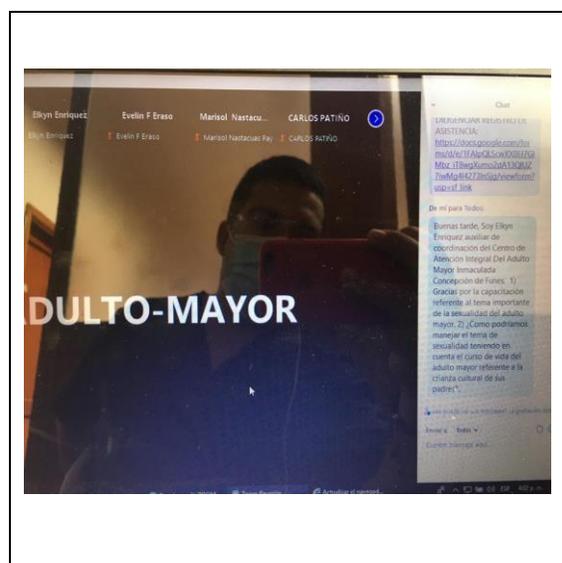
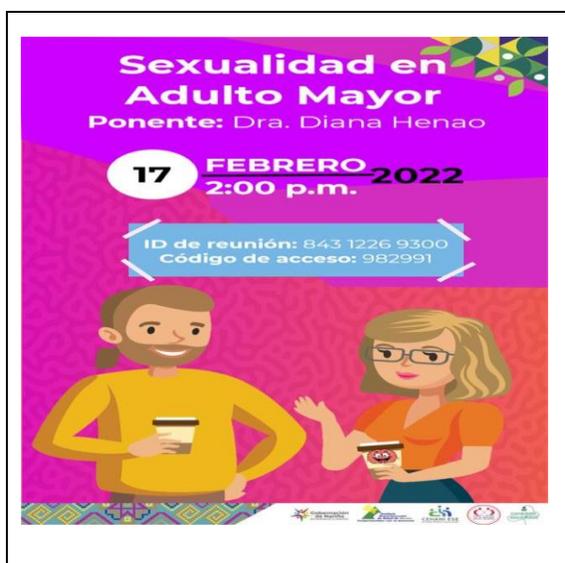
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR INMACULADA CONCEPCIÓN DE FUNES-NARIÑO		Vigencia 2021-2022				
FORMATO SEGUIMIENTO DE CONSULTAS MÉDICAS		FORMATO 01-01				
		Versión: 01				
		Mes:				
NOMBRE DEL USUARIO:	CC:	FECHA NAC:				
TIPO DE SERVICIO BRINDADO		POBLACIÓN A TENDIDA				
		TIPO DE SEMANA				
		SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
Consulta Médica General		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
Resultados de la Consulta		5				
Consulta Médica Especializada		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
Resultados de la consulta		5				
Servicio de Laboratorio y Gabinete		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
Resultados de la Consulta		4				
Servicio de enfermería		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
Resultados del servicio		5				
Servicio de urgencia E.S.E		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
Resultados de la consulta		5				
Otros		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
Resultados de la Consulta		5				
TOTAL DE SERVICIOS EN SEMANA						
		TOTAL DE SERVICIOS EN EL MES				
		FIRMA DEL RESPONSABLE				



- **Participación de Capacitaciones programadas por el Instituto Departamental de Nariño para los coordinadores de las instituciones.**

1. Capacitación sexualidad en la vejez con los siguientes temas: salud sexual, mitos sexuales, neurofisiología sexual, evolución de respuesta sexual y recomendaciones sexuales.
2. Normatividad existente para la supervisión de los centros

Imagen 18. Capacitación sexualidad y Normatividad de los Centros



- **Reuniones semanales Consejo Municipal y Comité del Adulto Mayor.**

Se da rendición de cuentas de todos los procesos que se desarrollan en el Centro de Atención Integral Del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes articulado con el jefe de dependencia del Programa Colombia Mayor.

- **Se solicita transporte a la alcaldía municipal para los adultos mayores residentes Centro de Atención Integral Del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes para transportarlos al lugar de entrega del subsidio de programa Colombia Mayor.**

Para ese proceso, se alista a los adultos mayores con los implementos de Bioseguridad frente al Covid 19, se divide en dos grupos y verifica la revisión de sus documentos y el acompañamiento de enfermera y gerontólogo para que reciban el subsidio.

Gráfica 14. *Acompañamiento entrega del subsidio Programa Colombia Mayor*



9. APORTES Y ALCANCES

Una importante articulación de las políticas de Salud Pública en el ejercicio profesional del gerontólogo en el trabajo con la población Adulta Mayor, en programas de prevención y promoción de Salud

Dentro de las fortalezas de la intervención realizada se resaltan las siguientes: la caracterización de la población, aspecto que sirve de referencia concreta en las estadísticas locales y nacionales; la valoración de la capacidad funcional, que cualifica la formación del pasante y sirve de soporte a la evaluación inicial; un plan de atención personalizada, elaborado con el enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) que aumenta la eficacia de la intervención; y un Programa de Prevención de la enfermedad que provee las principales herramientas de Educación para la Salud, y Promoción de la Salud.

Para el Programa de Gerontología y la Facultad de Ciencias de la Salud, la implementación de la estrategia proporcionó información valiosa como documentos que invitan a la reflexión para futuras intervenciones en el quehacer profesional del Gerontólogo.

La consolidación de las competencias profesionales, a nivel conceptual (a nivel procedimental (como ejercicio de destrezas técnico-científicas) y a nivel actitudinal (como experiencia vital y social). Esta experiencia afianza el pensamiento crítico, para organizar y planifican la intervención.

Igualmente es importante el aporte de las intervenciones que se hacen al campo de la educación en salud y, específicamente, al ámbito de la educación para generar una cultura distinta del envejecimiento y la vejez

CONCLUSIONES

La caracterización de la población objeto de estudio tuvo un papel crucial en el desarrollo del proyecto ya que permitió desde la creación de una base de datos amplia identificar con claridad cada aspecto y necesidad de los adultos mayores para brindar una atención más eficiente tanto individual como general de la población de adultos mayores vinculados al programa Colombia Mayor y el Centro de Atención Integral Del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes-Nariño.

Según los resultados de la evaluación pre test se encontró un declive de la funcionalidad física, cognitiva, emocional y social de los adultos mayores vinculados al proceso, por lo cual, fueron intervenidos por medio de actividades enfocadas en estimular cada área logrando así evidenciar una notable mejoría, de acuerdo a los resultados arrojados por la valoración post test indicando con más precisión la positiva evolución de los adultos mayores.

Con la realización de las actividades encaminadas a mantener y mejorar el área física, cognitiva, emocional y social, se lograron obtener beneficios que mejoran la autonomía e independencia funcional de cada adulto mayor, demostrando directamente resultados positivos independientemente de la edad ya que al ser integrados en las actividades se logró determinar qué sin importar el rango de edad todos los adultos mayores respondían de manera satisfactoria, es decir que mayor frecuencia de intervención con actividades se realice, mayor serán los beneficios que se tendrán a nivel individual como colectivo en los adultos mayores del Centro de Atención Integral Del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes.

Con el objetivo de ampliar y suplir algunas necesidades de los adultos mayores la coordinadora del programa Colombia Mayor en conjunto con el alcalde municipal solicitaron al gerontólogo encargado del proceso implementar una serie de “paquetes educativos” orientados a la prevención de la salud para los adultos mayores, paquetes que aplicados de forma didáctica e interactiva no solo cumplieron con la función de informar si no que también brindaron alternativas de cuidado con impacto positivo en los adultos mayores, estos paquetes fueron reforzados gracias a la intervención de un profesional enfocado en la educación física que realizo varias sesiones de bailo terapia tanto en casco urbano (Funes) y rural (Chapal y Guapuscal).

También se resalta que bajo las estrategias de creación tanto de folletos como de posters el gerontólogo realizó varias sesiones socio-educativas enfocadas en distintas áreas de la prevención de la salud como son los hábitos de vida saludable exponiendo tanto los beneficios como los riesgos de no llevar un estilo de vida saludable en el transcurso de la vida.

Cabe resaltar que desde una perspectiva más cercana cada adulto mayor tuvo cierta mejoría en su proceso mental psicológico ya que estas actividades al brindar más espacios de movimiento y educación ayudaron a ampliar y enfocar la mente de los adultos mayores a nuevas actividades por las cuales se notaban claramente agradecidos, lo que denoto una mejora en el ambiente general entre las instalaciones del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Inmaculada Concepción de Funes.

El gerontólogo a cargo del proyecto activó de manera más eficiente los medios administrativos que están a cargo del centro de atención integral del adulto mayor de Funes ya que se observó una falta de atención en las necesidades específicas que los adultos mayores requieren a parte del cuidado básico haciendo valer lo estipulado en la (Guía para aplicación de estándares y criterios en centros y servicios de atención integral de personas mayores) para que el adecuado funcionamiento y prestación de servicios en pro del bienestar del adulto mayor.

Uno de los mayores aportes de la intervención gerontológica tiene que ver con generar estrategias de salud pública desde una base poblacional, lo cual permitió realizar acciones concretas, (educación para la salud individual y colectiva, estilos de vida saludables, atención centrada en la persona, valoración de la capacidad funcional, estimulación cognitiva). Se profundizó sobre las diversas necesidades y demandas de los adultos mayores vinculados al programa Colombia Mayor y adultos mayores institucionalizados, lo que posibilitó un mayor conocimiento y desarrollo de estrategias para su abordaje.

El plan de acción fue encaminado a las actividades, método, técnicas, tiempo y recurso; para los diferentes procesos que se desarrollaron y los que se ejecutaron, desde el inicio de elaboración de la propuesta, de manera efectiva con cada paso que se tenía contemplado para el bienestar del adulto mayor.

Todo este proceso fue desarrollado gracias al apoyo del personal que está enfocado en brindar sus servicios para mantener el bienestar del adulto mayor como lo son: una coordinadora del programa adulto mayor, un gerontólogo, dos secretarias, dos auxiliares de enfermería, dos manipuladoras de alimento, dos personales de aseo y dos celadores que permitieron desarrollar el proceso de atención centrada en la persona mejorando la funcionalidad del adulto mayor.

REFERENCIAS

- Alcaldía Municipal De Funes Nariño. (2020). Plan De Desarrollo 2020-2023. <http://www.funes-narino.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20202023>
- Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.
- Chaves Morales, G. A., Igerio De La Asunción, I. L., Padilla Barrios, B. K., & Palacio Rizzo, A. E. (2017). Intervención con enfoque centrado en la persona para promover calidad de vida en los adultos mayores del Hogar Geriátrico Sagrado Corazón De Jesús [Trabajo de Grado, Universidad cooperativa de Colombia]. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/10355>
- Acuerdo No. 002, (2019).
- Ley 1315 de 2009, § Artículos 6 y 7 (2009). <https://colombia.justia.com/nacionales/leyes/ley-1315-de-2009/gdoc/>
- Ley 1171 de 2007, 2 (2007).
- Ley 1276 de 2009, (2009). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34495>
- Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: Conceptos, metodologías y casos prácticos. (2016). Naciones Unidas, CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf
- Garzón Moreno, J. M. (2019). Promoción del envejecimiento activo y saludable en el Centro Vida Álvarez en la ciudad de Bucaramanga, Santander [Trabajo de Grado, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/13068>

- Guerra, Y. M., Mórtigo Rubio, A. M., & Berdugo Silva, N. C. (2014). Formación integral, importancia de formar pensando en todas las dimensiones del ser. *Educación y Desarrollo Social*, 8(1), 48-69.
- Guerrero Ceh, J. G., Can Valle, A. R., & Maricruz Morales, L. (2019). La intervención gerontológica en un establecimiento de asistencia social permanente privado: Identificación de los beneficios que aporta a las personas mayores residentes / The gerontological intervention in a private permanent social assistance establishment: identification of the benefits it brings to the elderly residents. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 7(14), 105-130. <https://doi.org/10.23913/rics.v7i14.73>
- Macías Cedeño, S. E. (2018). Propuesta para mejorar el servicio de atención del adulto mayor en el Hogar Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil [Tesis de Posgrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11961/1/T-UCSG-POS-MGSS-171.pdf>
- Mazacón Roca, B. N. (2017). Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud [Trabajo de Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú. Decana de América]. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6561/Mazacon_rb.pdf?sequence=3
- Política Colombiana De Envejecimiento Humano Y Vejez 2015-2024, (2015). <https://sis.valledelcauca.gov.co/documentos/politica-colombiana-de-envejecimiento-humano-y-vejez-2015-2024>
- Ministerio Salud de Colombia. (s. f.). Guía Para Aplicación De Estándares y Criterios en Centros y Servicios de Atención Integral de Personas Mayores.
- Ministerio Salud de Colombia. (2021). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez [Institucional de salud]. La Salud es de Todos. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Politica-Colombiana-de-Envejecimiento-Humano-y-Vejez.aspx>

Molina, M. E. (2013). Modelo de atención gerontológica en la Unidad Básica municipal al adulto mayor de la Localidad de Arboleda-Berruecos, Nariño [Trabajo de Grado, Universidad de San Buenaventura].
http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1789/1/Modelo_gerontol%C3%B3gico_ArboledaBerruecos_Molina_20132..pdf

Molina Pérez, C. (2015, mayo 19). Envejecimiento no es lo mismo que vejez. Palabra de enfermera.
<http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2015/05/19/envejecimiento-no-es-lo-mismo-que-vejez/>

Naciones Unidas. (2015). Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Institucional]. Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol, 37(S2), 74-105.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2020, diciembre 14). Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030). Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2021, octubre 4). Comprender el envejecimiento. Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2016). Guía de Entornos y Estilos de Vida Saludables en Comunidades Indígenas Lencas.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Paredes Arturo, Y. V., Yarce Pinzón, E., & Aguirre Acevedo, D. C. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Revista

Ciencias de la Salud, 16(1), 114.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>

Parra Sannicolás, J. (2006). La salud en la escuela desde la asignatura de la educación física. *Educación* (Guadalajara, Jal.), 38, 37-46.

Pons Delgado, S. V., Delgado Labrada, V. E., Oliva Reyes, S., Piña Delgado, A., Guerrero Viltres, M., & Pacheco González, G. M. (2018). Propuesta de intervención para mejorar la atención integral al adulto mayor. *MULTIMED*, 22(2), 423-438.

Ramos Domínguez, B. N. (2006). Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2), 0-0.

Ley 1122 de 2007, (2007).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Resolución No. 3280 de 2018, (2018).
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5333

Resolución 429 de 2016, (2016). <https://consultorsalud.com/revolucion-sectorial-politica-integral-de-atencion-en-salud-resolucion-429-de-2016/>

Rodríguez Ayala, J. C., & Vargas Sánchez, O. (2019). Mecanismos y Estrategias para Mejoramiento de la Atención Integral de la Persona Mayor en el Municipio de Cajicá Cundinamarca [Trabajo de Especialización en Gestión Pública, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD]. <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/37234>

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). El modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP) [Presentación Institucional Fundación Pilares]. Encuentro, Madrid.
https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_PPT_Rodriguez.pdf

Rovira, A. (2016). II. El Instituto Nacional del Adulto Mayor en el Uruguay. En *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: Conceptos, metodologías y casos*

- prácticos (pp. 51-73). Naciones Unidas, CEPAL.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf
- Rozo Vega, F., Rodríguez, O., Montenegro, Z., & Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(1), 12-18.
- Sanitas. (2021). Hábitos para un envejecimiento saludable. Sanitas.
<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/habitos-vida-saludable/envejecimiento-saludable.html>
- Secretaría de Salud de México & OPS/OMS. (2016). Guía para la elaboración de un Diagnóstico en Salud. <https://docplayer.es/86442306-Guia-para-la-elaboracion-de-un-diagnostico-en-salud.html>
- Siguas Pizarro, P. P., & Romucho Abregú, O. R. (2015). El programa gerontológico en el estilo de vida saludable de los adultos mayores de la sede central del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de San Juan de Miraflores del año 2014. Universidad César Vallejo.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/6482>
- Torres López, N. W. (2014). Mejoramiento de la calidad de atención a las personas de la tercera edad del Grupo San José de la Libertad. Quito, 2014 [Trabajo de Grado de Maestría, Universidad Técnica Particular de Loja].
https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/11878/1/Torres_Lopez_Wilmer_Nestor.pdf
- Universidad de San Buenaventura & Servicio Psicológico, Bienestar Institucional. (2020, junio 16). Hábitos de vida saludable—El Autocuidado [Institucional Educativa]. Universidad de San Buenaventura. <https://www.usbmed.edu.co/noticias/ampliacion-informacion/artmid/1732/articleid/4676/habitos-de-vida-saludable-el-autocuidado>

ANEXOS

Anexo A, Instrumentos de valoración gerontológica integral



INSTRUMENTO MIMENTAL

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Documento de identidad: _____ Fecha de evaluación: _____



No.	Puntaje acumulado	ORIENTACIÓN	Puntuación
1	/5	Diga en qué Estamos	1. Año
			2. Mes
			3. Día
			4. Fecha de hoy (día de la semana)
			5. Hora
2	/5	Diga en qué Estamos	6. País
			7. Ciudad
			8. Departamento
			9. Sitio o lugar
			10. Finca/hacienda/correda
No.	Puntaje acumulado	MEMORIA	Puntuación
3	/3	Diga las siguientes palabras CASA, MESA, ÁRBOL . Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un punto por cada una. Si en un primer intento no logra repetir las palabras, repítelas hasta que la persona las registre. Anote el número de ensayos requeridos	3
No.	Puntaje acumulado	ATENCIÓN Y CÁLCULO	Puntuación
4	/5	Reste 100 - 7 en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: 93-86-79-72-65 . En el caso que la persona no sepa restar utilice la siguiente alternativa: Dedic los meses del año al revés: Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto .	5
No.	Puntaje acumulado	EVOCACIÓN	Puntuación
5	/3	De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerda	3
No.	Puntaje acumulado	LENGUAJE	Puntuación
6	/2	Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Enumeración)	2
7	/1	Hay que pedir que repita la siguiente frase: En el trigal había cinco perros	1
8	/3	Comprensión obedecer una orden en tres etapas: A continuación, le voy a dar una orden, escúchela toda y realízala: Tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y pégala en el piso . (Da un punto por cada una de las ordenes ejecutadas correctamente)	3
9	/1	Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta o hoja de papel que contenga la frase: "Cierre sus ojos". Indique: • Hay que pedir que lee y ejecute lo que dice la frase que contiene la tarjeta. (Lectura)	1
10	/1	Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta. (Escritura)	1
11	/1	Indique a la persona que copie el siguiente dibujo (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo): 	1
/30		SUMATORIA PUNTAJE FINAL	

- Persona con 0 - 5 años de escolaridad y puntuación de inferior o igual a 21: Sospecha de deterioro cognoscitivo, remitir a psiquiatría o neurología.
- Persona con 6-12 años de escolaridad y puntuación inferior o igual a 24: Sospecha de deterioro cognoscitivo, remitir a psiquiatría o neurología
- Persona con más de 12 años de escolaridad y puntuación inferior o igual a 28: Sospecha de deterioro cognoscitivo, remitir a psiquiatría o neurología.

Firma del Gerontólogo

Firma del Adulto Mayor



ÍNDICE DE BARTHÉL
(Actividades básicas de la vida diaria)



Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Documento de identidad: _____ Fecha de evaluación: _____

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. pero es capaz de comer solo.	5
	- Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.	0
Lavarse	- Independiente: además, entra y sale sólo del baño	5
	- Dependiente: Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Asearse (aseo)	- Independiente: para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Defecación (evalúase la semana anterior)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o laxantes	5
	- Incontinencia	0
Micción (evalúase la semana anterior)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	- Dependiente	0
Escaleras	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si se encuentra en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
<20	Dependencia total
20-35	Dependencia grave
40-55	Dependencia moderada
≥60	Dependencia leve
100	Independiente

Firma del Gerontólogo

Firma Adulto Mayor



EL APGAR FAMILIAR

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Documento de identidad: _____ Fecha de evaluación: _____

Nº	FUNCIONES	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Me satisface la ayuda que recibí de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
2	Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
3	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
4	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					
5	Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					

Puntuación	Resultado
17-20	Normal
16-15	Distinción Leve
12-10	Distinción Moderada
≤ 9	Distinción Severa

Total, Puntuación: _____

Resultado: _____



ESCALA DE YESAVAGE
(Medida del estado depresivo)



Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Documento de identidad: _____ Fecha de evaluación: _____

Pregunta a Realizar	Puntos	Puntos
Esta básicamente satisfecho con su vida	SI (0)	NO (1)
Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses	SI (1)	NO (0)
Siente que su vida está vacía	SI (1)	NO (0)
Se siente con frecuencia aburrido(a)	SI (1)	NO (0)
Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo	SI (0)	NO (1)
Temer que algo malo le pueda ocurrirle	SI (1)	NO (0)
Se siente feliz la mayor parte del tiempo	SI (0)	NO (1)
Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)	SI (1)	NO (0)
¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI (1)	NO (0)
Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente	SI (1)	NO (0)
En estos momentos, piensa que es estúpido estar vivo(a)	SI (0)	NO (1)
Actualmente se siente un(a) inútil	SI (1)	NO (0)
Se siente lleno(a) de energía	SI (0)	NO (1)
Se siente sin esperanzas en este momento	SI (1)	NO (0)
Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted	SI (1)	NO (0)

Sumar los puntos por cada respuesta en Sí o No en negrita

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos



Puntos	Síntomas depresivos
0-4	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
11-15	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Firma del Gerontólogo

Firma Adulto Mayor

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)

Apellidos _____	Nombre _____
Entrevistador/a _____	Fecha _____
Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:	
<p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>1. Soltero <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Viudo <input type="checkbox"/></p> <p>4. Separado <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Vive su cónyuge en la residencia?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?</p> <p>1. Una vez a la semana o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Una a tres veces al mes <input type="checkbox"/></p> <p>3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones <input type="checkbox"/></p> <p>0. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?</p> <p>3. Cinco o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Tres o cuatro <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una o dos <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.)</p> <p>3. Una vez al día o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Dos veces <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una vez <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

- 3. Una vez al día o más
- 2. De dos a seis veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna
- No responde

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

- 2. Sí
- 0. No
- NS/NC

¿Con qué frecuencia se siente solo?

- 0. Bastante a menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Casi nunca
- 3. NS/NC

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

- 1. Tan a menudo como deseo
- 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen
- No responde

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

- 1. Sí
- 0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme
- No responde

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) ¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?

- 1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.
- 2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.
- 3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.
- No responde.

b) ¿Quién es esa persona?

Nombre _____

Relación _____

ESCALA DE VALORACIÓN

Evaluar los recursos sociales del anciano que está siendo valorado en una de las seis categorías siguientes. Rodear aquella que mejor describa las circunstancias presentes del anciano.

1. **Excelentes recursos sociales.** Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.
2. **Buenos recursos sociales.** Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.
3. **Recursos sociales ligeramente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero, al menos, una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener sería sólo por un corto espacio de tiempo.
4. **Recursos sociales moderadamente deteriorados.** Las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, y solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas aunque sólo obtendría ayuda de vez en cuando.
5. **Recursos sociales bastante deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría sería momentánea o las relaciones sociales son más satisfactorias aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.
6. **Recursos sociales totalmente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.

Ac

Anexo B. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO – IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL INMACULADA CONCEPCIÓN DE FUNES-NARIÑO 2022.

Cordial saludo.

El presente consentimiento informado se realizará por medio de un estudiante del Programa de Gerontología de la Universidad del Quindío. Si usted participa en el desarrollo de este proyecto de pasantía no tendrá riesgo alguno y deseamos que con su participación se pueda diseñar y ejecutar un excelente trabajo de intervención. Se pretende contribuir a mejorar y mantener su autonomía e independencia funcional y de esta manera llevar un envejecimiento activo y saludable.

Resultaría de suma importancia y de mucho agrado poder contar con su acompañamiento y participación activa en las diferentes actividades a seguir:

- Elaboración de Ficha de caracterización sociodemográfica (Nombres completos, fecha de nacimiento, identificación, afiliación a Sistema de Salud y Seguridad Social, etc.)
- Evaluación Gerontológica Integral (Realización de diferentes preguntas alusivas a la independencia y autonomía)
- Diseño del Plan de Atención Integral (Conjunto de rutinas de actuación, servicios de apoyo y acompañamiento - seguimiento) para fortalecer las diferentes dimensiones de la vida.

Usted puede pertenecer voluntariamente a las actividades.

Toda la información suministrada por usted solo la conocerán el estudiante y los demás profesionales que se requieran según la necesidad. Dicha información será archivada por el personal encargado de desarrollar este proyecto de pasantía.

La información personal, el registro fotográfico de las actividades entre otras, se manejarán bajo estrictas normas de privacidad, seguridad y reserva con esto quiere decir que no se publicará en ninguna red social o medio protegiendo siempre su identidad e intimidad durante este proceso educativo.

Para resolver cualquier inquietud usted podrá contactar al responsable del ejercicio al siguiente correo: esenriquezc@uqvirtual.edu.co



ASENTIMIENTO

Yo _____

Identificado con la C.C. No. _____ de _____

He leído, escuchado o visto la información suministrada anteriormente y voluntariamente consiento mi participación en el desarrollo de IMPLEMENTAR SERVICIOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA DESDE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL INMACULADA CONCEPCIÓN DE FUNES-NARIÑO 2022 permitiendo al responsable usar la información obtenida con la intención de ser utilizada estrictamente con fines de priorizar el bienestar de su calidad de vida.

Firma.

CC. _____

TESTIGO

cc _____

Nombre del Encargado _____

C.C No. _____ de _____

Firmado a los ____ días del mes de _____ del año 2020

Anexo C. Ficha de caracterización

FICHA DE CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA										
Nombre						Fecha de Apli				
Cedula						Fecha de Naci				
Sexo	Masculino		Femenino		Estrato socioeconómico					
Estado Civil	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado			
Ocupación actual					Número de hijos		Numero de hermanos			
Nivel de escolaridad	Técnico		Universidad		Secundaria incompleta					
Secundaria completa			Primaria incompleta		Primaria completa		Sin estudio			
Con quien vive										