

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA PARA LOS ADULTOS Y
ADULTAS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA *JUAN LUÍS*

LONDOÑO DE LA CUESTA

FUNDACIÓN COLOMBIA UNA NACIÓN CÍVICA - CONCÍVICA

VIVIANA JULIETH PATIÑO PIEDRAHITA

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y BELLAS ARTES
PROGRAMA DE GERONTOLOGIA
ARMENIA - QUINDÍO

2007

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA PARA LOS ADULTOS Y
ADULTAS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA *JUAN LUÍS*
LONDOÑO DE LA CUESTA
FUNDACIÓN COLOMBIA UNA NACIÓN CÍVICA - CONCÍVICA

VIVIANA JULIETH PATIÑO PIEDRAHITA

INFORME FINAL DE PASANTÍA COMO REQUISITO PARA OBTENER TÍTULO DE
GERONTÓLOGA

LEONARDO QUINTANA
ASESOR DE TRABAJO DE GRADO
MODALIDAD PASANTÍA

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y BELLAS ARTES
PROGRAMA DE GERONTOLOGIA
ARMENIA - QUINDÍO
2007

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Armenia, Quindío 14 de agosto 2007

DEDICATORIA

A ti Dios por demostrarme tu existencia brindándome la oportunidad de vivir y de regalarme una maravillosa familia.

Con mucho cariño a mis padres NELCY PIEDRAHITA Y JORGE ELIECER PATIÑO que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, por darme una carrera para mi futuro y creer en mi, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor.

A mi segundo padre, ALFONSO LOPEZ quien siempre me motivó a seguir adelante dándole la alegría y fortaleza que necesitaba nuestra familia.

A mis tres grandes amores ANGELICA, VALENTINA Y SANTIAGO son la fuente de mi alegría y la inspiración de cada mañana, le doy gracias a DIOS por tenerlos siempre a mi lado y poderles brindar un ejemplo para el futuro los AMO.

A mis abuelos por ser el más perfecto ejemplo del amor, quienes desde muy pequeña me inculcaron el deseo de estudiar y ser alguien importante para no depender totalmente.

A mis tías NELLY Y YEIN quienes son fuente de inspiración y apoyo en mi diario vivir.

A todos mis amigos DORA MARIA, PAULA FERNANDA, JONATAN Y ALEX muchas gracias por estar conmigo en todo este tiempo donde he vivido momentos felices y tristes, sin su apoyo no lo hubiera logrado, tantas desveladas sirvieron de algo y aquí está el fruto, les agradezco con toda mi alma el haber llegado a mi vida y compartir momentos agradables, esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean, los quiero mucho y nunca los olvidaré.

VIVIANA JULIETH PATIÑO PIEDRAHITA

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer este trabajo a mi familia que me ha dado el apoyo y la fortaleza para terminar de subir este escalón y continuar con el otro.

Agradezco a la Fundación Colombia una Nación Cívica – CONCÍVICA por permitirnos a Dora y a mi llevar a cabo nuestro proceso de pasantía permitiéndonos obtener experiencia en el campo del adulto mayor y crecer como profesionales, igualmente por brindarnos la suficiente confianza para culminar satisfactoriamente los objetivos propuestos.

A los Doctores Freddy Giraldo y Jaime Villegas, por brindarnos su confianza abriéndonos las puertas, compartiendo su experiencia y ofrecernos su apoyo para desarrollar nuestro trabajo.

A Leonardo Quintana, por asesorarme a lo largo del trabajo de pasantía y acompañarme en este camino que hoy culmina.

Al programa de Gerontología, por todos los conocimientos impartidos por medio de los profesores.

CONTENIDO

	<i>Pág.</i>
INTRODUCCIÓN.	25
JUSTIFICACIÓN.	29
OBJETIVOS.	30
1. CONTEXTO DE LA FUNDACIÓN COLOMBIA UNA NACIÓN CÍVICA CONCÍVICA	32
2. POBLACIÓN OBJETIVO.	41
3. MARCO TEORICO	42
3.1. LA GERONTOLOGÍA.	42
3.2. CICLO VITAL.	44

	<i>Pág.</i>
3.3. EL ENVEJECIMIENTO.	44
3.3.1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO.	45
➤ El Enfoque Psicosocial.	46
➤ El Enfoque Psicoevolutivo.	47
➤ Enfoque Sociológico.	48
➤ Envejecimiento Psicosocial.	49
➤ Envejecimiento Social.	49
➤ Envejecimiento Individual.	50
3.4. LA VEJEZ.	50

	<i>Pág.</i>
3.4.1. VEJEZ O ANCIANIDAD.	52
3.4.2. VEJEZ CRONOLÓGICA.	52
3.4.3. VEJEZ COMO ETAPA VITAL.	53
3.5. ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ICV).	53
3.6. EL FEEDBACK.	56
3.6.1. FUNCIONES POSITIVAS.	58
3.6.2. FUNCIONES NEGATIVAS.	59
3.7. HISTORIA DE VIDA.	60

	<i>Pág.</i>
3.7.1. CRÓNICA DE LA HISTORIA ORAL.	63
3.7.2. HISTORIA ORAL VS. HISTORIOGRÁFICA.	64
➤ Tradición Oral.	65
➤ Historia Oral Temático.	66
➤ Historia Oral de Vida.	68
3.8. RELACIONES INTERPERSONALES.	70
3.9. PARTICIPACIÓN.	76
3.10. LIDERAZGO.	78

	<i>Pág.</i>
3.10.1. TIPOS DE LIDERAZGO.	79
➤ Liderazgo Autocrático.	79
➤ Liderazgo Paternalista.	80
➤ Liderazgo no Intervencionista.	81
➤ Liderazgo Democrático.	82
➤ Liderazgo Transformativo.	83
3.11. EL ENVEJECIMIENTO Y SUS CAMBIOS.	84
3.11.1. Los cambios físicos.	84
3.11.2. Los cambios psicológicos.	95

	<i>Pág.</i>
3.11.3. Los cambios sociales.	100
3.12. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ.	102
3.12.1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.	103
3.12.2. SISTEMA RESPIRATORIO.	107
3.12.3. SISTEMA CARDIOVASCULAR.	110
3.12.4. SISTEMA GASTROINTESTINAL.	115
3.12.5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.	117
3.12.6. SISTEMA OSTEOMUSCULAR.	125
3.12.7. SISTEMA URINARIO.	126

	<i>Pág.</i>
3.12.8. SISTEMA REPRODUCTIVO.	127
3.13. MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES: HIGIENE, SUEÑO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS.	128
3.13.1. LA HIGIENE.	128
3.13.2. EL SUEÑO.	130
3.13.3. EL INSOMNIO.	145
3.13.4. NARCOLEPSIA.	146
3.13.5. BRUXISMO.	149
3.14. LOS HÁBITOS NUTRICIONALES.	153

	<i>Pág.</i>
3.15. SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR.	154
3.16. AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA.	154
3.17. USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE.	155
3.17.1. MOTRICIDAD.	156
3.17.2. EJERCICIO.	157
3.18. CONTROL Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES.	158
3.19. ACCESIBILIDAD A LOS CENTROS DE ASISTENCIA MÉDICA.	159
4. ESTRATEGIAS METODOLOGICAS	160
5. DESCRIPCIÓN DE LOS TALLERES EDUCATIVOS	161

	<i>Pág.</i>
5.1. Primera actividad: Presentación.	163
5.2. Primer taller: El envejecimiento y sus cambios.	163
5.3. Segundo taller: Sexualidad en el adulto mayor	165
5.4. Tercer taller: Uso adecuado del Tiempo Libre.	166
5.5. Control y tratamiento de enfermedades y accesibilidad a los centros de asistencia médica.	166
5.6. Cuarto taller: Recordar es vivir – Contando mi propia historia	167
5.7. Quinto taller: Relaciones Interpersonales y Fortalecimiento de las mismas.	171
5.8. Sexto taller: Participación y Liderazgo.	173
5.9. Séptimo taller: Patologías más frecuentes en la vejez.	175

	<i>Pág.</i>
5.9. Octavo taller: Resiliencia en el adulto mayor.	176
6. ALCANCES.	178
7. RESULTADOS.	180
8. DIFICULTADES.	210
9. CONCLUSIONES.	212
10. RECOMENDACIONES	214
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	215
FUENTES DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA	219
ANEXOS	221

LISTA DE TABLAS

	<i>Pág.</i>
TABLA 1. Distribución por municipios de los grupos de adultos y adultas mayores beneficiarios de raciones preparadas.	39
TABLA 2. Distribución por municipios de los grupos de adultos y adultas mayores beneficiarios de las raciones para preparar.	40

LISTA DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
FIGURA 1: POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS PUNTOS DE RECEPCIÓN DE RACIONES PARA PREPARAR.	181
FIGURA 2: POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS PUNTOS DE RECEPCIÓN DE RACIONES PREPARADAS.	182
FIGURA 3: RACIONES PREPARADAS.	183
FIGURA 4: POBLACIÓN ENCUESTADA EN LOS PUNTOS DE RECEPCIÓN DE RACIONES PARA PREPARAR.	185
FIGURA 5: EDAD DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS.	186
FIGURA 6: GÉNERO DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS.	187

FIGURA 7:	ESTADO CIVIL DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS.	188
FIGURA 8:	NIVEL DE ESCOLARIDAD.	189
FIGURA 9:	ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO	190
FIGURA 10:	AREAS DEL ENVEJECIMIENTO	191
FIGURA 11:	OCUPACIÓN EN EL TIEMPO DE OCIO	192
FIGURA 12:	POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS PUNTOS DE RECEPCIÓN DE RACIONES PARA PREPARAR POR MUNICIPIO.	193

FIGURA 13:	POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS PUNTOS DE RECEPCIÓN DE RACIONES PREPARADAS.	194
FIGURA 14:	POBLACIÓN ENCUESTADA EN LOS PUNTOS DE RECEPCIÓN DE RACIONES PARA PREPARAR.	196
FIGURA 15:	EDAD DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS.	197
FIGURA 16	GÉNERO DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS.	198
FIGURA 17:	ESTADO CIVIL DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS.	199
FIGURA 18:	NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS.	200

FIGURA 19: IMPORTANCIA DE FORTALECER LAS RELACIONES INTERPERSONALES.	201
FIGURA 20: PARTICIPACIÓN DENTRO DEL GRUPO.	202
FIGURA 21: IDENTIFICACIÓN DE LÍDERES DENTRO DE LOS GRUPOS	203
FIGURA 22: TIPO DE LIDERAZGO	204
FIGURA 23: MANTENIMIENTO DE LA SALUD FÍSICA.	205
FIGURA 24: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE, EL SUEÑO Y LOS HÁBITOS NUTRICIONALES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.	206
FIGURA 25 RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	207

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1:	CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES REALIZADAS.	221
ANEXO 2:	ENCUESTA APLICADA AL DIEZ POR CIENTO (10%) DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE RACIONES PREPARADAS Y RACIONES PARA PREPARAR SOBRE LOS TEMAS TRATADOS DURANTE EL PERIODO DE PASANTÍA.	228
ANEXO 3:	BASE DE DATOS POBLACIÓN ENCUESTADA.	231
ANEXO 4:	SOPORTE TÉCNICO (FOTOS).	237
	FOTO 1: MIGUEL PINEDA. LA TEBAIDA	237
	FOTO 2: COLISEO. QUIMBAYA.	237

FOTO 3: EL CARMEN. ARMENIA.	238
FOTO 4: SEMON BOLIVAR, ARMENIA	238
FOTO 5: LA CASONA, CALARCA	239
FOTO 6: LA MARIELA, ARMENIA	239
FOTO 7: RESTAURANTE ESCOLAR. CIRCACIA.	240
FOTO 8: SIMON BOLIVAR, ARMENIA	240
FOTO 9: ITI. ARMENIA.	241
FOTO 10: ENTREGA DE MERCADOS. PIJAO.	241

ANEXOS EN MAGNÉTICO
(DISCO COMPACTO)

ANEXO 5. BASE DE DATOS JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA

ANEXO 6. TABULACIÓN DE ENCUESTAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE EL PRIMER PERIODO DE PASANTIA.

ANEXO 7. TABULACIÓN DE ENCUESTAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE EL SEGUNDO PERIODO DE PASANTIA.

INTRODUCCIÓN

Todo ser humano en su ciclo vital pasa por diversas etapas y situaciones, favorables y desfavorables, que van determinando la forma como se desempeña durante toda la vida, sus gustos, deseos, intereses, estado de salud y relación con los demás, entre otros. El envejecimiento puede definirse desde tres puntos de vista: como proceso del ciclo de la vida, como proceso de deterioro y como un daño molecular y celular¹.

Los adultos mayores forman uno de los grupos más vulnerables y cada año va en ascenso, por eso es necesario que como parte fundamental reciban apoyo, aunque es importante reconocer que existen todavía muchas deficiencias para lograr que tengan unas buenas condiciones de vida. Tratando de subsanar esta situación se han creado distintas instituciones, donde reciben diferentes tipos de apoyo y como resultado de ellos se sienten más valorados e integrados a esta sociedad que día a día les presenta obstáculos, que para ellos se convierten en retos que están aprendiendo a superar y que en muchos de los casos lo han logrado con gran éxito.

Pero lo anterior no sería posible sin la participación activa de los adultos mayores que aceptan que llegar a la vejez no es la decadencia de sus vidas sino por el contrario disfrutan más de las pequeñas pero gratificantes experiencias y que sus limitaciones son mayormente físicas, pero que cuentan todavía con grandes capacidades intelectuales y al mismo tiempo nos enseñan que manteniendo una actitud positiva y aplicando todo lo aprendido durante lo largo de su vida no existen obstáculos que no se puedan superar.

¹ GÓMEZ MONTES, José Fernando y curcio montes, Carmen Lucía. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales: Leo Libros, 2002. P.10.

Entre las instituciones mencionadas en el párrafo anterior se encuentra la Fundación Colombia una Nación Cívica – CONCÍVICA, encargada de operar el programa “*JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío”, dirigido a los adultos y adultas mayores de cincuenta y cinco (55) años en adelante, pertenecientes al estrato uno (1) del SISBEN. Por medio de la estudiante Dora María Sepúlveda Polanía, quien tenía conocimiento de la Fundación Colombia una Nación Cívica - CONCIVICA, se realizó la primera visita el día dos de junio. Dicha entidad tiene a su cargo el programa “*Juan Luís Londoño de la Cuesta*”. En ésta visita se establecieron los parámetros para llevar a cabo la pasantía con el Dr. Freddy Giraldo Martínez, presidente de la fundación, quien manifestó su interés y agrado en que fueran dos Gerontólogas las encargadas de manejar la parte educativa de los grupos beneficiarios del programa.

El presente es el informe final del proceso de pasantía realizado por la Gerontóloga Viviana Julieth Patiño Piedrahita con los grupos beneficiarios del Programa “*Juan Luís Londoño de la Cuesta*” en el Departamento del Quindío. Dicho proceso inició a partir del quince de agosto de 2006 con un recorrido por los diferentes puntos de entrega de raciones preparadas y para preparar en el Departamento del Quindío, para iniciar las actividades programadas en el plan de trabajo el primero de septiembre del mismo año.

Para el desarrollo de la pasantía se diseñó un plan de trabajo que se denominó 'Programa de Intervención Gerontológica para los adultos y adultas mayores beneficiarios del Programa *Juan Luís Londoño de la Cuesta* manejado por la Fundación Colombia una Nación Cívica en el Departamento del Quindío”. El programa “*Juan Luís Londoño de la Cuesta*” maneja dos subprogramas de complementación alimentaria y

nutricional, estos son: las raciones diarias preparadas y las raciones mensuales para preparar; las primeras van dirigidas a los adultos mayores radicados en el perímetro urbano, mientras que las segundas van dirigidas a los adultos mayores que viven en el perímetro rural de los municipios.

Durante la pasantía, entre los meses de agosto a abril se realizaron diferentes talleres en los grupos beneficiarios; es pertinente aclarar que el proceso de pasantía se dividió en dos periodos, en los cuales se trabajó con dos contextos diferentes. En el primer periodo se trabajó con cincuenta y un (51) grupos beneficiarios, mientras que en el segundo periodo se trabajó con veintiséis (26) grupos beneficiarios.

Los temas trabajados en los talleres durante todo el periodo de pasantía fueron: el envejecimiento y sus cambios, la sexualidad en el adulto mayor, autonomía e independencia, uso adecuado del tiempo libre, control y tratamiento de enfermedades, accesibilidad a los centros de asistencia médica, historia de vida, relaciones interpersonales y fortalecimiento de las mismas, participación y liderazgo, patologías más frecuentes en la vejez y resiliencia en el adulto mayor.

para desarrollar este proceso gerontológico, se propuso como objetivo general implementar el “Programa de Intervención para los Grupos de Adultos y Adultas Mayores Beneficiarios del Programa *Juan Luís Londoño de la Cuesta en el Departamento del Quindío*” complementando los conocimientos que los adultos y adultas mayores poseían en los temas mencionados anteriormente; por medio de talleres grupales en los que se trabajaría con base en el *FED-BAKC*, y se desarrollarían en cada uno de los grupos beneficiarios.

Al presente informe se anexa: un Disco Compacto que contiene la base de datos de los beneficiarios del Programa “*Juan Luís Londoño de la Cuesta*” en el Departamento del Quindío, la tabulación de encuestas con las que se evaluaron los resultados obtenidos durante el proceso de pasantía.

Por otra parte, entre los anexos del presente informe se encuentran también: los cronogramas de los talleres realizados, el instrumento aplicado para evaluar la pertinencia de los temas trabajados, la base de datos de la población encuestada para determinar los resultados del segundo periodo de pasantía, puesto que en el primer periodo se trabajó con la totalidad de la población y el soporte técnico (fotos).

Finalmente, para comprobar si con los temas trabajados durante el proceso de pasantía se alcanzaron los logros propuestos y avances en el adulto mayor, se realizó una encuesta al diez por ciento (10%) de la población trabajada.

La Asertividad de los temas fue bastante alta, y es importante resaltar que los adultos mayores se identificaron con los temas tratados e intentaron de diferentes formas aplicarlos su cotidianidad.

JUSTIFICACION

Siendo la Gerontología el estudio de la vejez vemos la necesidad de fortalecer y apoyar los procesos donde el adulto y la adulta mayor sean los más beneficiados en recibir conocimientos que puedan aplicar en su diario vivir. Por esta razón el día dos (2) de junio, se realizó la primera visita a la FUNDACIÓN CONCÍVICA, en la cual se establecieron los parámetros para llevar a cabo la pasantía, el Dr. Freddy Giraldo Martínez manifestó su interés y agrado en que fuera una Gerontóloga la encargada de manejar la parte educativa de los grupos beneficiarios del programa “*JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío.

Que a la vez, fortaleciera en los adultos y adultas mayores conocimientos enfocados en temas como: la salud, la recreación, la nutrición, la participación entre otros, que permitan su aplicación como mejoramiento a sus actitudes, desarrollo y calidad de vida.

para esto es importante el apoyo que como Gerontóloga pueda ofrecerles a través de la realización de talleres lúdicos recreativos y formativos que despierten y motiven al adulto mayor en la receptividad y la adquisición de nuevos conocimientos.

La propuesta se ha planteado de una forma lúdica e innovadora, lo cual se aplicará por la técnica del *FED-BAKC* que permitan la construcción, la exploración y la obtención de aprendizajes para su entorno habitual. Serán los beneficiarios de esta propuesta los evaluadores directos de este trabajo quienes proyectarán los conocimientos a través de su práctica.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Implementar el “Programa de Intervención Para el Grupo de Adultos y Adultas Mayores Beneficiarios del Programa *Juan Luís Londoño de la Cuesta en el Departamento del Quindío*” complementando los conocimientos que los adultos y Adultas mayores poseen en temas relacionados con la vejez y el envejecimiento para mejorar sus condiciones de vida; por medio de talleres grupales en los que se trabajará con base en el *FED-BAKC*, y se desarrollaran en cada uno de los grupos beneficiarios del PANAN “*JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA*”.

Objetivos Específicos:

- Facilitar los conocimientos que los adultos y Adultas mayores poseen en diferentes temas del área de la salud tales como: el envejecimiento y sus cambios, control y tratamiento de enfermedades, patologías más frecuentes en la vejez, ayudándolos a instruirse en la accesibilidad a los centros de asistencia medica permitiendo el descubrimiento de aportes que puedan generar un cambio en su vida, por medio de un taller grupal en el que se trabajará con base en el *FED-BAKC*, y se desarrollaran en cada uno de los grupos beneficiarios del PANAN “*JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío.
- Fortalecer en los adultos y Adultas mayores los conocimientos que poseen en el tema de la sexualidad, donde se destaca la importancia de valorar y aplicar conceptos que mejoren sus condiciones de vida; por medio de un taller grupal en

el que se trabajará con base en el *FED-BAKC*, y se desarrollaran en cada uno de los grupos beneficiarios del PANAN “*JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío.

- Mejorar los conocimientos que los adultos y Adultas mayores poseen en diferentes temas del área social: autonomía e independencia, relaciones interpersonales y fortalecimiento de las mismas, uso adecuado del tiempo libre, donde motivados con talleres lúdicos con base en el *FED-BAKC* conocerán la importancia de aplicar estos conceptos en su vida diaria, y se desarrollaran en cada uno de los grupos beneficiarios del PANAN “*JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío.

- Propiciar un espacio en el que los adultos y Adultas mayores tengan la oportunidad de participar y liderar sus historias de vida, desde cinco puntos básicos: lugar de procedencia, estilo de crianza, bonanza cafetera asociada a la historia ferroviaria y avial en el país, la guerra de la década de los 50` y el cese laboral.; por medio de talleres grupales con base en mesas redondas, y se desarrollaran en cada uno de los grupos beneficiarios del PANAN “*JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío.

- aportar a los conocimientos que los adultos y Adultas mayores poseen en el tema de la resiliencia en el adulto mayor, donde se forjen un proyecto de vida basado en sus expectativas y sueños fortaleciendo así su vida cotidiana; por medio de un taller grupal en el que se trabajará con base en el *FED-BAKC*, y se desarrollaran en cada uno de los grupos beneficiarios del PANAN “*JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío.

1. CONTEXTO DE LA FUNDACIÓN COLOMBIA UNA NACIÓN CÍVICA - CONCÍVICA

Con la intención de optar por el título de Gerontóloga, se diseñó un plan de trabajo para desarrollar el Programa de intervención para los adultos y adultas mayores beneficiarios del PANAN “*JUAN LUÍS LONDÓÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío. Es pertinente aclarar que en el Departamento del Quindío, la **Fundación CONCÍVICA**, es la encargada de operar el PANAM “*JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA*”. CONCÍVICA es una organización no gubernamental, sin ánimo de lucro creada en el 2003 con NIT: 801004709-7, su domicilio principal esta en la ciudad de Armenia, Quindío y cuenta con sucursales en Santiago de Cali, Valle del Cauca y Bolonia, Italia.

Ésta fundación tiene como propósito promover el desarrollo integral del ser humano mediante la construcción de un modelo de convivencia en Colombia, a través de un programa educativo, y mediante procesos de participación comunitaria que faciliten la vinculación de la comunidad a programas cívicos y de bienestar social.

De igual forma, la fundación propende por la promoción de actividades educativas, culturales, tecnológicas e investigativas que faciliten el mejoramiento del nivel de vida de la población. Así mismo apoya la capacitación y organización de la comunidad con carácter cívico, investigativo, social y cultural que se oriente al desarrollo económico y social.

Por otra parte, dicha Fundación diseña, implementa, desarrolla y/o ejecuta proyectos educativos; de igual forma, lleva a cabo programas o proyectos en el área de la promoción de salud integral, al igual que de promoción social. Dentro de sus acciones, **CONCÍVICA** también está en capacidad de crear e investigar, de recibir donaciones y ejecutar programas de beneficio directo para la población objetivo. Dentro de sus líneas

de acción, la **Fundación CONCÍVICA**, ejecuta programas de seguridad alimentaria y nutricional.

El diseño e implementación de programas relacionados con el estudio, viabilización, otorgamiento y utilización de líneas de crédito y subsidios de recursos para la promoción integral de la micro, pequeña y mediana empresa hace parte de las acciones que desde esta entidad se desarrollan en beneficio comunitario. La misión de la fundación es ser el eje conductor del respeto por la dignidad humana en el territorio nacional a través de un programa de educación en humanismo, y su visión es ser un modelo de educación para la convivencia que promueva el desarrollo social fortaleciendo la unidad de la nación.

Dentro de los parámetros establecidos entre la fundación y la pasante de gerontología se acordó:

- Los talleres se realizarían durante todos los días hábiles de forma ininterrumpida hasta el mes de julio de 2007.
- Dichos talleres iniciarían a partir del día quince de julio del presente año.
- Los dos primeros sábados de cada mes se asistirá a la entrega de raciones mensuales para preparar en los municipios de la cordillera (Córdoba, Pijao, Filandia, Salento, Génova y Buenavista), mientras que en el resto de municipios se hace entrega de las raciones durante los días hábiles de las dos primeras semanas de cada mes.

- Se haría entrega diaria de los reportes informativos de los talleres diarios realizados.
- La Fundación entregaría a la pasante un auxilio mensual para el transporte.
- El presidente de la Fundación se comprometió a entregar un informe bimensual donde se relacionarían los talleres realizados durante el periodo por la pasante.
- La Fundación correrá con todos los gastos de los materiales e insumos requeridos para el desarrollo de los talleres programados en el plan de trabajo y aquellas actividades adicionales.
- Se estableció un horario de trabajo de ocho horas diarias durante los días hábiles, además de las horas adicionales para talleres realizados durante la entrega de raciones mensuales.
- Será responsabilidad de la pasante programar y diseñar los talleres a realizar con la población, teniendo libertad absoluta en dichos aspectos.
- Finalmente en los momentos que la situación lo amerite, un funcionario de la fundación acompañará a la pasante a desarrollar el taller (desplazamiento a veredas, o municipios muy alejados).

La **Fundación CONCÍVICA** tiene como valores corporativos el respeto por el ser humano, el compromiso con el país y el trabajo hacia el bien común; además, desarrolla cinco áreas, para lo cual cuenta con el aporte de profesionales en diferentes áreas del conocimiento, que pretenden construir desde la multisectoralidad programas,

propuestas y capacitaciones enfocadas a la formación cívica, al diseño de los modelos de comportamiento ciudadano y el desarrollo de proyectos y propuestas que desde las diferentes áreas de la Fundación, contribuyan al mejoramiento del capital humano y social de nuestro país.

Dichas áreas de desarrollo son:

- **Área de Educación:** centra sus esfuerzos en promover el conocimiento de los conceptos y valores del civismo, de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano como ejes conductores del comportamiento humano y la cultura ciudadana. Además, son transversales a todas las acciones emprendidas y desarrolladas desde y por la Fundación.
- **Área de Salud:** capacita a la comunidad en el conocimiento del sistema general de seguridad social y en deberes y derechos en salud, igualmente **CONCÍVICA** desarrolla programas y proyectos en el área de salud pública principalmente.
- **Área de Promoción Social:** promueve actividades encaminadas a favorecer las condiciones de vida de aquellas personas marginadas por la sociedad y las poblaciones vulnerables, especialmente en el desarrollo de programas de ayuda humanitaria y la gestión de recursos para la pequeña y mediana empresa.
- **Área de Recreación:** promueve actividades culturales y/o recreativas que ayuden a la integración de la comunidad.
- **Área de Investigación:** responsable de crear y establecer los parámetros de nuevos conocimientos en el campo social y particularmente en el seguimiento y monitoreo del comportamiento humano.

Es en las áreas de Educación, Salud y Promoción Social donde encajaron los talleres diseñados para trabajar con los diferentes grupos; teniendo en cuenta que cada uno de estos talleres fueron llevados a cabo en todos los puntos de recepción. Ahora bien, como se mencionó anteriormente la **Fundación CONCÍVICA** es la encargada de operar el Programa de Complementación Alimentaria del Adulto Mayor en el ámbito local, el cual está contenido dentro de los lineamientos del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición “*Juan Luís Londoño De La Cuesta*”.

El programa “*Juan Luís Londoño De La Cuesta*” (nacional), nace a raíz de la Ley 812 del 23 de junio de 2003 donde se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2002 – 2006 “*Hacia un Estado Comunitario*”, estableciendo dentro de los principales programas de inversión, prestar asistencia permanente de alimentos y medicamentos a las mujeres y los hombres mayores de sesenta (60) años de escasos recursos económicos y que presenten deficiencias nutricionales.

Para dar cumplimiento a lo anterior es aprobado el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición “*Juan Luís Londoño De La Cuesta*” mediante el documento **CONPES SOCIAL N° 86**, en el cual se establece la dirección del mismo en cabeza del **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF**, con el objetivo de contribuir con la alimentación de adultos mayores, con edad de sesenta (60) años y más, en condiciones de extrema vulnerabilidad económica y social, a través de la disponibilidad de una ración preparada diaria de lunes a viernes y un (1) kilo al mes de bienestarina por beneficiario, en todo el territorio nacional.

Mediante documento del **CONPES SOCIAL N° 92**, se efectúan y aprueban las modificaciones a los lineamientos de este Programa en relación a: la población objetivo y la operación del mismo, además de la identificación, priorización y selección de beneficiarios y asignación de cupos por municipio.

Es relevante aclarar que dado que el Decreto 1137/99 en su artículo 19 contempla la facultad de el **ICBF** para la celebración de contratos de aporte con entidades privadas sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad, con el fin de impulsar actividades y programas propias de su objeto; esta institución desarrolló una convocatoria pública a nivel nacional para otorgar la operación del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición “*Juan Luís Londoño De La Cuesta*”, el cual obtuvo la **Fundación CONCÍVICA** en 2005.

Ahora bien, siendo la **Fundación CONCÍVICA** la encargada de operar este programa legalmente por un **CONTRATO DE APORTE** firmado entre las partes, se encarga de entregar la ración de alimentos a los adultos mayores en todo el departamento del Quindío (ya sean raciones diarias o mensuales).

Los grupos mencionados se encuentran distribuidos en puntos urbanos y rurales, donde a los adultos y adultas mayores de las zonas urbanas se les entrega la ración preparada todos los días hábiles del año, mientras que a los de las zonas rurales se les hace entrega de una ración para preparar mensual, dadas las dificultades para la concentración y desplazamiento diario de estos últimos.

En general los temas tratados en los diferentes talleres se basaron en diferentes teóricos, entre los más utilizados se encuentran Papalia, Gómez y Curcio; mientras que la metodología diseñada se realizó de acuerdo con las estrategias para el desarrollo de los talleres, utilizando debates, mesas redondas, charlas y promoción de ideas desde talleres grupales enfocados en la exposición de un tema determinado, el cual es seguidamente discutido y analizado por los adultos y adultas mayores participantes en el mismo.

Por otra parte, el objetivo central de los talleres radicó en el aporte con el tema ilustrado en las condiciones de vida de cada uno de los participantes, de forma tal que los adultos y adultas mayores complementaran sus conocimientos previos sobre dicho tema y lo incorporasen en su comportamiento, para producir cambios positivos en su estado físico, psicológico y social. Todo ha permitido que los adultos y adultas mayores accedan a conocimientos y prácticas útiles en su vida cotidiana que a la larga contribuyen a mejorar sus condiciones de vida a nivel individual.

El contexto en el que se desarrollaron los talleres durante la pasantía se divide en raciones para preparar y raciones preparadas; sin embargo, es pertinente aclarar que durante el primer periodo de pasantía se trabajó con la totalidad de grupos, mientras que en el segundo periodo se trabajó con la mitad de la población aproximadamente.

Tabla 1. Distribución por municipios de los grupos de adultos y adultas mayores con los que se trabajó durante el proceso de pasantía.

MUNICIPIO	PUNTO DE REUNIÓN	POBLACIÓN	SUBTOTALES
------------------	-------------------------	------------------	-------------------

SALENTO (1 punto)	Restaurante escolar	40	40
PIJAO (1 punto)	CBA	54	54
FILANDIA (1 punto)	CBA	56	56
CORDOBA (1 punto)	Restaurante escolar	75	75
GENOVA (1 punto)	CBA	94	94
CIRCACIA (1 punto)	Restaurante escolar	147	147
LA TEBAIDA (2 puntos)	Nueva Tebaida	95	
	Miguel Pinedo	150	
			245
QUIMBAYA (3 puntos)	Barrio Ciudadela	33	
	El Rocío	36	
	Defensa Civil	92	
			161
MONTENEGRO (5 puntos)	Balastrea	22	
	Bomberos	47	
	Pueblo Nuevo	72	
	Caseta la Isabela	87	
	Pablo VI	121	
			349
CALARCA (9 puntos)	Las Ferias	25	
	Hogar de paso	26	
	Av. Colón	27	
	Valencia	33	
	Balcones de la Villa	34	
	Bomberos	37	
	Luis Carlos Galán	40	
	Bomberos Barcelona	80	
	La Casona	84	
			386
ARMENIA (18 puntos)	La Cecilia etapa III	33	
	Ciudadela de occidente	35	
	La Adiela	60	
	Nueva Libertad	63	
	Caseta El Modelo	65	
	La Florida	70	
	Nueva Armenia	75	
	Los Quíndos	80	
	La Mariela	80	
	La Fachada	90	
	ITI	94	
	Caseta Berlín	100	
	Iglesia el Carmen	100	
	La Cecilia etapa I y II	104	
	Simón Bolívar	105	
	Santander	110	
	Miranda	117	
	Colinas	150	
			1531
TOTAL			3138

Tabla 2. Distribución por municipios de los grupos de adultos y adultas mayores beneficiarios de las raciones para preparar con los que se trabajó durante todo el proceso de pasantía:

MUNICIPIO	PUNTO DE REUNIÓN	POBLACIÓN
SALENTO	PAB	33
FILANDIA	PAB	35
ARMENIA	PAB	52
CIRCASIA	PAB	67
CALARCÁ	PAB	146
LA TEBAIDA	PAB	170
TOTAL		503

2. POBLACION OBJETIVO

POBLACION OBJETIVO:

La población beneficiada directamente de este plan de trabajo fue cada uno de los adultos y adultas mayores beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición “*JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA*”, ubicados en el Departamento del Quindío. El contexto se trabajó en el primer periodo de pasantía en su totalidad puesto que las dos pasantes de Gerontología trabajaron temas diferentes; sin embargo, en el segundo periodo se dividió en dos subcontextos ya que las Gerontólogas trabajaron los mismos temas.

Durante el primer periodo de pasantía, como ya se mencionó se trabajó con cincuenta y un (51) grupos beneficiarios en total, cuarenta y cinco (45) puntos de recepción de raciones preparadas y seis (6) puntos de recepción de raciones para preparar. Mientras que en el segundo periodo de pasantía se trabajó con un total de veintiséis (26) grupos beneficiarios, veinte (20) puntos de recepción de raciones preparadas y seis (6) puntos de recepción de raciones para preparar.

3. MARCO TEÓRICO

Los talleres se desarrollaron con base en la siguiente descripción teórica concordante con los objetivos propuestos el desarrollo del “Programa de Intervención Gerontológica para los adultos y adultas mayores beneficiarios del Programa *Juan Luís Londoño de la Cuesta* manejado por la Fundación Colombia una Nación Cívica en el Departamento del Quindío”.

3.1. LA GERONTOLOGÍA

Según Laforest la Gerontología es el estudio de la vejez. Es una disciplina reciente, generalmente considerada como un producto del siglo XX. La novedad de la Gerontología científica, sin embargo, no ha de hacernos perder de vista su enraizamiento en el curso del pensamiento colectivo alrededor de la vejez. La vejez ha existido siempre y ha interpelado siempre. En otros tiempos su existencia no era menos conocida que en la actualidad. Pero resultaba menos común.

La Gerontología de hoy es en realidad un momento de reflexión secular de la humanidad sobre la ancianidad. Radica en la verdadera naturaleza en que se arraigan sus tres características principales:

Como reflexión existencial: en la antigüedad se presentó a través de mitos y en la actualidad bajo la óptica científica. Los mitos eran numerosos y estaban muy diversificados en sus formas anecdóticas; pero es posible reagruparlos alrededor de

tres grandes temas principales. El primero es el de un *tiempo privilegiado*, que ya no existe pero que existió antaño en el que los humanos eran extraordinariamente longevos. El segundo tema es el de *un lugar privilegiado*, en algún sitio aparte, donde se vive mucho tiempo, ignorando los achaques y las miserias de la vejez. Finalmente, el tercer tema es el de *la eterna juventud*, expresado a menudo por el mito de una fuente cuyas aguas tendrían la propiedad de dar o de perpetuar la juventud.

Como una reflexión colectiva: esta se debe al aumento y envejecimiento de la población, a los avances de las ciencias médicas y a progresos sociales demostrados en el crecimiento de la expectativa de vida. A partir de la reflexión existencial colectiva, la Gerontología adopta su esencia original, científica y dinámica.

Como una reflexión científica: conjunción de varias ciencias aportando cada una su objetivo formal y su propio método. Para ello se caracterizan las disciplinas científicas implicadas en la Gerontología, en dos grupos correlacionados entre sí: ciencias y profesiones médicas. Tienen por objeto el proceso propio de la decadencia biológica, estructural y funcional, decadencia que intenta retrasar (e incluso, idealmente suprimir) y las enfermedades de la vejez que tratan de prevenir aliviar o sanar. La segunda categoría comprende las ciencias y profesiones psicosociales. Mientras que las disciplinas científicas de la primera categoría tienen por objeto principal aunque no exclusivo la prolongación de la vida, enfocada desde el punto de vista cuantitativo, las del segundo grupo apuntan más bien a la calidad de la vida así prolongada. (Laforest 1991: 11)

3.2. CICLO VITAL

Es una perspectiva según la cual la vida es una sucesión de etapas diferentes desde el nacimiento hasta la muerte, como la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez. Se puede entender el ciclo de vida de un individuo como el resultado de interacciones entre tres tipos de influencia: expectativas referentes a su edad, condiciones históricas e influencias específicas de su vida.

Según Diane Papalia actualmente, un grupo cada vez mayor de psicólogos reconoce que el desarrollo humano es un proceso evolutivo que continúa durante la vida. Cada porción del ciclo de la vida de una persona es influida por los primeros años y cada uno afecta los años que siguen. Como lo demuestran estos investigadores, los cambios que sufre el ser humano “del útero a la tumba”, describen y explican diversos cambios del comportamiento relacionados con la edad. (Diane Papalia 1990:8)

3.3. EL ENVEJECIMIENTO

Deterioro progresivo de las funciones orgánicas que ocasionan la disminución de la capacidad individual de adaptación a un ambiente cambiante a lo largo del tiempo. Según Buitrago Cielo Entendiendo que el envejecimiento de una población, llamado también envejecimiento demográfico, medido por la vida media de la población es diferente al proceso de envejecimiento individual del ser humano sometido a leyes biológicas y sociales. No se puede reducir el proceso de envejecimiento del organismo humano a un solo proceso biológico si no que debe analizarse en el contexto total en el

que ocurre, ya que el ser humano es un ser biológico, cultural, histórico y social en forma integrada a la naturaleza compleja de las sociedades humanas.

En este sentido el hombre es resultado de la evolución biológica, filogenético y ortogenética; cultural, psicológico y social. Entonces el envejecimiento y la vejez no son definibles por simple cronología, bien por las condiciones físicas, psíquicas, mentales y funcionales que presentan tanto el sujeto como las colectividades, lo cual puede generar diversas edades subjetivas y objetivas en individuos con la misma edad cronológica. Para algunos biólogos el envejecimiento empieza desde la concepción con la multiplicación de las células. Para otros comienza tan pronto como el organismo alcanza su madurez completa, es decir, alrededor de los 25 – 30 años. (Buitrago, Cielosf, sp).

3.3.1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO:

Con el pasar de los tiempos se han postulado un gran número de teorías, en cuanto al ciclo de la vida y la adaptación en el proceso de envejecimiento. Existen cuatro autores que han trabajado estas teorías, los cuales son: **Maria Teresa Bazo, Carmen Delia Sánchez, Michara y Ramona Rubio**. Que basándose en los postulados de otros y desde diversos enfoques entre los cuales se encuentran, el enfoque psicosocial, el psicoevolutivo, el sociológico y otros, han buscado explicar los diferentes sucesos que se presentan en la vejez.

➤ El Enfoque Psicosocial.

Dentro de este enfoque encontramos teorías como:

La Teoría de la Desvinculación: “la cual plantea que se intenta estructural de una manera comprensiva la posición de los mayores en la sociedad” sobre esta teoría son muchos los autores que se han manifestado como Comming y Henry (1961) los cuales plantean que “en el envejecimiento se da una separación paulatino de la sociedad, disminuye la interacción entre la persona y su medio”. Otros autores que se han manifestado en esta teoría son: Davis Y Moore que dicen que “aquellas personas que tienen un puesto de trabajo clave también les afecta la desvinculación”.

La Teoría De La Actividad: la cual trata de explicar unos problemas sociales y causas exactas que contribuyen a la inadaptación de las personas de edad. En esta teoría también son muchos los autores que intervienen en ellas como Havighurst , Atchley, Blumer, Maddox Y Eisdorfer los cuales tienen postulados muy parecidos, pues de cierta forma Argumenta que cuantas más actividades se realizan existen mas posibilidades de estar satisfechos con la vida.

Dentro de este enfoque también podemos encontrar otras teorías, como la del Medio Social que dice “El comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales”, la teoría de la Competencia en la cual “Se pretende explicar la interdependencia entre los adultos mayores y su mundo social”.

➤ **El Enfoque Psicoevolutivo:**

En este enfoque se pueden encontrar teorías como:

- Teoría De La Estratificación Por Edad: según Matilda Riley (1971-1987) La examina el movimiento de las cohortes de nacimiento o generaciones a través del tiempo. Las cohortes jóvenes determinan la dirección del cambio entre las generaciones. En esta teoría los diferentes autores que han escrito sobre ella han tenido postulados muy parecidos a Matilda.
- Teoría De La Continuidad: En esta teoría básicamente lo que se plantea es que cualquier cosa negativa o positiva que se realice en las primeras etapas de la vida se va a manifestar en la vejez.
- Teoría Del Ciclo Vital: sobre esta teoría se ha creado una gran polémica ya que existen autores que no la creen teoría, si no, un marco conceptual como lo afirman, CAM (1964), Clausen (1986), Neufarten y Hagestad (1990) y Riley (1986). Por otro lado Levison Y Otros Hablan de un estudio sobre la dinámica del desarrollo del adulto las llaman estaciones de la vida.

➤ **Enfoque Sociológico:**

- Teoría De La Modernización: esta teoría Pretende explicar los cambios en el estatus de las personas mayores a partir de las modificaciones de los sistemas sociales en función del grado de industrialización que alcanza las sociedades.
- Teoría De La Estratificación Social: En esta teoría Caín (1974) dice: “Ha observado que la prolongación del periodo que precede a la edad adulta así como la longevidad aumenta considerablemente. La vejez dura mas tiempo y el grupo de personas de dad es mas numeroso y posee mas poder que antaño”.
- Las teorías que se han trabajado en este ensayo son unas pocas de todas las que se conocen hasta el momento, se tomaron solo estas, por que la suscrita considero que eran suficientes para dar un breve ejemplo de los diferentes enfoques que se conocen y de la contra posición que se encuentran entre algunas, como se puede ver con la teoría de la desvinculación y la de la actividad que de cierta forma tienen postulados muy diferentes, ya que, como una de ellas apoya de alguna manera el modelo deficitario de la vejez, y la otra lo contra dice, partiendo de estas teorías podemos decir que si se logra una sociedad con un envejecimiento social, biológico y psicológicamente sano se puede llegar apoyar o contradecir muchas de estas.

Algunos científicos se refieren al envejecimiento así:

M. Burger: “el envejecimiento como parte de biomorfosis es una condición de deficiencia de por sí; o una enfermedad que comienza como un estado parafisiológico que se desarrolla hasta alcanzar caracteres patológicos”.

Lasing: “el envejecimiento es un proceso de deterioro, que cubre todo el ciclo vital”.

➤ **Envejecimiento psicosocial:**

Es un proceso individual, que considera el desarrollo de las capacidades y habilidades físicas, mentales y sociales durante la infancia, la adolescencia, la juventud y su reforzamiento en la edad adulta, repercuten en forma importante en el bienestar psicológico durante la vejez.

➤ **Envejecimiento social:**

Es un proceso de rediferenciación y reintegración de roles y funciones sociales, que ocurren a medida que el individuo envejece cronológicamente y aflora, debido a cambios en el rol y estatus impuestos sobre él por su sociedad.

➤ **Envejecimiento individual:**

Es un proceso de cambios reconocibles en cada individuo a medida que avanza la edad cronológica. La calidad y velocidad de tales cambios depende de la herencia genética y de condiciones y estilos de vida.

3.4. LA VEJEZ

Para la Gerontología la vejez constituye la etapa terminal del ciclo vital entendido este como el doble y continuo proceso de desarrollo y envejecimiento que es la vida. De esta manera los científicos también conceptúan sobre la vejez así: según Martín: la vejez no es definible por simple cronología, sino más bien por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas.

Marc Freíd Ph. D. (1988) afirma con respecto a la vejez: “La vejez carece de límites, excepto de la muerte, y varía no solamente de un individuo a otro, sino según la posición económica, social, así como de acuerdo con las expectativas o sociedad. De acuerdo con las distintas variaciones las personas viejas constituyen una población heterogénea en cuanto a experiencias que pueden conformar trayectorias de vidas diferentes”.

La vejez como etapa culminante de la vida y, del proceso de envejecimiento no significa por sí misma algo positivo o algo negativo; no quiere decir sin más, ni experiencia, ni

deterioro, tampoco equivale a salud o enfermedad. La vejez depende de condiciones biológicas (hereditarias) como también de circunstancias socioculturales y de estilo de vida personales.

El enfoque científico del estudio de envejecimiento y de la vejez es fundamentado en investigaciones, en posibilidades de innovación, en observaciones sistemáticas y controladas, destaca la existencia simultánea de los procesos de desarrollo y de envejecimiento desde el comienzo mismo de la vida; enfatiza el hecho de ser individuos permanentemente cambiantes interactuando en un medio físico y social cada vez más cambiante, es decir, tiene en cuenta determinantes históricos y socioculturales diferentes en cada caso; igualmente enfatiza que nuestro comportamiento implica un organismo con múltiples posibilidades de adaptación, lo cual hace que cada vez más dependamos de nuestra experiencia (aprendizaje). Teniendo en cuenta no solo la posibilidad, sino la necesidad de un enfoque interdisciplinario, más preventivo que curativo.

Se mencionarán algunas definiciones del término “vejez”.

- “Es considerado como la última etapa en la ontogénesis o ciclo vital humano. En ella aparecen los estigmas (signos, síntomas) involutivos del envejecimiento correlacionándose con las diferentes modificaciones estructurales y funcionales de los diferentes sistemas y órganos del cuerpo humano”. (DUQUE O., Jhon Jairo).

- En tal sentido, la vejez resulta ser más una integración, un avance en la evaluación humana que nos acerca más a lo que Teichard de Chardin llamó el punto omega verdad y amor. (DUQUE, Alba).
- “La vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social”. (Laforest, Jacques).

3.4.1. VEJEZ O ANCIANIDAD.

La vejez es el resultado del envejecimiento, se contempla como una realidad que afecta solo un aparte de la población. La vejez separa más el resto de los conciudadanos que otros atributos cronológicos y sociales, suscita reacciones negativas y no resulta solo una variable descriptiva de la condición personal del sujeto, como la apariencia física y el estado de salud, el sexo, etc.

3.4.2. VEJEZ CRONOLÓGICA.

En ella la edad constituye un dato importante pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el solo transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido. La vejez cronológica define por tanto más las posibilidades vitales.

3.4.3. VEJEZ COMO ETAPA VITAL.

Se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona. La cual, entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Etapa que tiene una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas y externas y por las subjetivas e internas del propio individuo.

Esta etapa es tal vez una de las más difíciles del ciclo vital, en la sociedad actual, dada la vulnerabilidad y situación de dependencia y pobreza.

3.5. ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ICV)².

Refleja el estado de la calidad de vida de la población que habita en los municipios que tienen territorio en un área de especial interés para el análisis de los ecosistemas y de la biodiversidad. Se basa en el índice de condiciones de vida (ICV) medido por la Misión Social (hoy Programa de Desarrollo Humano) del DNP, con base en el comportamiento ponderado de 12 condiciones de vida de los hogares.

² Instituto Alexander Von Humboldt. Información Municipal y Regional Asociada a la Biodiversidad en Colombia -INFORMAR-. Bogotá, 2001. TOMADO DE: www.humboldt.org.co

Teniendo en cuenta que el ecosistema se define en términos de una interacción de elementos físico bióticos con actividades humanas, las condiciones de bienestar de la población asociada a cada ecosistema deben ser un elemento fundamental para caracterizar las condiciones de estado de dicho ecosistema.

Unidad de medida del indicador:

% de defunciones por unidad de análisis

Fórmula del indicador:

Índice de Condiciones de Vida de la Población (ICV)
[$\sum_{i=1}^n x_i$]/n

Descripción metodológica:

Proceso de cálculo general del indicador:

Para analizar las condiciones de vida de la población asentada en cada área de interés, se recurre al índice de condiciones de vida (ICV) desarrollado por la Misión Social del DNP para las siguientes condiciones de vida de los hogares: educación del jefe del hogar; educación del resto de personas mayores de 12 años; asistencia de las personas entre 12 y 18 años a la educación secundaria y universitaria; asistencia de los niños entre 5 y 11 años a la educación primaria; material de construcción de las paredes de la vivienda; material de construcción de los pisos de la vivienda; tipo de servicio sanitario disponible en la vivienda; tipo de abastecimiento de agua para el hogar; tipo de energía que emplea el hogar para la cocina; sistema de disposición o

recolección de basuras que emplean; número de niños de 6 o menos años de edad en el hogar; y número promedio de personas en el hogar por cada habitación de la vivienda.

El ICV se mide entre 1 y 100, correspondiendo los mayores valores a mejores condiciones de vida.

➤ Definición de cada variable de la fórmula:

- ICV_{ti} = índice de condiciones de vida en el año t, en los municipios asociados al área de interés
- ICV_{tj} = índice de condiciones de vida en el año t en el municipio j con territorio en el área de interés
- PT_{tM_j} = población total en el año t, en cada municipio j con territorio en el área de interés
- n = número de municipios j con territorio en el área de interés

➤ Limitaciones del indicador :

El indicador es de cobertura nacional y refleja el estado de la calidad de vida de la población que habita en los municipios que tienen territorio en un área de especial

interés, sin embargo algunos de sus componentes no se ajustan a las condiciones regionales de algunas zonas en particular las áreas del Choco y la Amazonia.

➤ Cobertura:

Este indicador fue calculado a nivel nacional, departamental, para cada una de las corporaciones autónomas regionales, para las áreas de influencia de cada una de las áreas de manejo especial, para los Andes colombianos, para la Cordillera Oriental, para seis áreas piloto en la región amazónica y para el conjunto de municipios con territorio en la Serranía de Chiribiquete

3.6. EL FEEDBACK³.

Feedback es un término anglosajón, introducido en las relaciones vivenciales para definir un proceso muy importante en la vida del grupo. La traducción no lo es fácil. Se traduce por "retroalimentación", "reprovisión", "observación interpretativa" o "mecanismo de revisión". Se usa principalmente en los sistemas electrónicos, y también en los viajes espaciales para controlar el mecanismo que regula las naves en el vuelo espacial. La

³ ROJAS, Abel Pérez, Maestro en Formación Permanente por el Centro Internacional de Prospectiva y Altos Estudios. En: Revista Universidad Autónoma de Puebla. Puebla. Vol. 34, no. 13 (ene. – jun. 1994); p. 26

estación terrestre observa y obtiene informaciones de la nave que, a su vez, envía informaciones a la tierra, para proseguir su viaje o para corregir desviaciones de la ruta marcada.

Características del feedback:

1. El feedback es más descriptivo que evaluativo. Evitando el lenguaje evaluador, se reduce la posibilidad de que la otra persona reaccione de una forma defensiva.
2. Debe ser específico y no general. En vez de decir "siempre estás procurando dominar", sería mejor especificar el momento en que demuestra tal actitud.
3. Tomar en consideración las necesidades tanto de aquel que recibe el feedback como del que lo ofrece. El feedback puede ser destructivo cuando sólo responde a las necesidades de aquel que lo ofrece, sin tomar en cuenta las de la persona que lo recibe.
4. Se debe dirigir a los comportamientos que pueden ser modificados; caso contrario, aumentamos la frustración.
5. Debe ser solicitado y no impuesto.

6. Es necesario ofrecerlo en el momento oportuno. Muchas veces, es más eficiente si es ofrecido enseguida de la ocurrencia de conducta, dependiendo, naturalmente, de la preparación de la persona o del grupo.

7. Debe ser verificado para asegurar una buena comunicación.

3.6.1. FUNCIONES POSITIVAS.

- Esclarecedor: Vuelve a enunciar un problema o una solución, a fin de aclararla mejor o sintetizarla, después de una discusión.

- Interrogador: Formula preguntas, busca orientación, solicita informaciones o repeticiones para sí o para el grupo. Es un crítico constructivo.

- Opinador: Presenta su opinión sobre algún problema o cuestión y trae su propia experiencia para ilustrar el tema.

- Informador: Trata de ayudar al grupo con informaciones oportunas.

- Alentador: Fortalece y anima al grupo; es amistoso, cordial y diplomático.

- Armonizador: Está de acuerdo con el grupo, concilia opiniones opuestas, comprende, cumple, acepta y no es agresivo.
- Reduce tensiones: Ayuda al grupo con ocurrencias graciosas, reduciendo tensiones.
- Incentivador: Lleva el grupo a tomar decisiones, insiste en el cumplimiento del programa e induce a la acción.
- Con iniciativas: Sugiere procedimientos, problemas y temas de discusión; propone alternativas; es un hombre de ideas.

3.6.2. FUNCIONES NEGATIVAS.

- Oscuro y complicado: Quiere cooperar, pero expone todo de manera complicada.
- Agresor: Lucha por su posición, se exhibe, critica y censura a los demás, buscando llamar la atención sobre sí mismo. Demuestra hostilidad hacia el grupo, disminuye a los demás.
- Dominador: Interrumpe, monologa, es superafirmativo y dogmático, trata de dirigir al grupo, afirma la autoridad y es autocrítico.

- Negativista: (bloqueador): Rechaza ideas, adopta una actitud negativa en relación con las preguntas, discute en momentos inoportunos, es pesimista y se niega a cooperar.

- Desertor: Se retrae de alguna manera, es indiferente se mantiene apartado. Es excesivamente formal. Sueña con los ojos abiertos.

- Tímido y callado: No habla y es inhibido.

- Burlón: Se burla de los demás; usa chistes para abandonar la tarea.

3.7. HISTORIA DE VIDA⁴:

La memoria histórica tardó tiempo en ser la memoria colectiva de todo el pueblo; sólo cuando llega a serlo, cuando el pasado no es una simple acumulación de recuerdos, sino un conocimiento de los hechos en sus conexiones, en su devenir, es cuando puede decirse, en puridad, que se ha recuperado el pasado para mejor conquistar el porvenir.

⁴ MOLINA, María Mercedes, Historia de Vida. En: Revista de la Universidad del Tolima. Ibagué. Vol. 13, no. 21 (Diciembre de 2003); p. 65.

Para Muchos es fácil aceptar la Historia Oral como una práctica simple, implícita en cualquier grabación, realizada sin importar el criterio adoptado para la selección de los entrevistados o colaboradores, del tipo de testimonio o de la técnica para conducir la sesión.

Es pertinente destacar esta posibilidad y proponer otro nivel de análisis que garantice procedimientos discutibles dentro de los límites de una técnica. Por consiguiente, se hace imperioso establecer normas metodológicas que se alejen tanto de la espontaneidad como de cualquier estímulo que no esté previamente determinado.

Tarea ciertamente difícil pues, incluso, internacionalmente hay varias corrientes que definen a la Historia Oral de diversas maneras. Para Wright Mills, por ejemplo, es la reconstrucción de procesos que pueden ayudar a la comprensión de movimientos sociales o de hechos sociales en general.

Una nueva metodología de conocimiento de lo social que se apoya en la experiencia de lo vivido, en la subjetividad como forma de conocimiento, tan válido epistemológicamente como los números, los modelos, las curvas o cualquier otro procedimiento de carácter estadístico [Córdova, 1993].

El británico Paul Thompson, quien la utiliza como reconstrucción histórica, hace una larga consideración acerca del uso que tanto historiadores como otros profesionales de

ciencias afines, han realizado con la historia oral como metodología. Señala aportes sobre historia económica, las economías coloniales africanas, sobre la agricultura, el pequeño empresario, historia de la religión, historia del trabajo, biografías de los trabajadores, sobre el desempleo, las comunidades de trabajo, historia política, el fascismo, el comunismo, sobre la vida de los colonizados, la historia colonial, la historia militar, la historia social rural y estudios de comunidad, acerca del campesino europeo, sobre ciudades, sobre música, sobre la infancia en historia de las mujeres, el delito y la desviación, las minorías, los chinos, japoneses, sobre la historia judía.

Hoy en día, la Historia Oral toma su auge por la necesidad de ocupar grandes vacíos históricos de períodos, regiones, pueblos, culturas, hechos y sectores sociales sobre los cuales poco o nada se sabe.

El historiador debe tomar conciencia de la existencia de un método más que le conducirá a conocer, auxiliado de varias técnicas y con muchos elementos:

- La historia de los pueblos sin historia (microhistoria).
- La historia de los excluidos (mujeres, marginados sociales, gitanos, delincuentes, homosexuales, etc.) que como sujetos del cambio social, desde múltiples niveles, constituyen otro punto de vista sobre nuestra historia colectiva.
- La historia militante o la otra historia, la de los vencidos, que contribuye a recuperar experiencias olvidadas o desconocidas.

3.7.1. CRÓNICA DE LA HISTORIA ORAL:

La oralidad ha sido fuente perenne de transmisión de conocimientos. Tiene sus precedentes en toda una rica tradición oral que viene desde tiempos inmemorables: las experiencias en China, en los países musulmanes, en la época de los césares romanos o en el Renacimiento. Después de la Segunda Guerra Mundial este método es prácticamente desplazado de las Ciencias Sociales debido al surgimiento de otra metodología que la opacó, hasta su emergencia hoy en casi todas las investigaciones de tipo social.

Los griegos y los romanos incorporaron parte de sus observaciones testimoniales en las historias que escribían (Homero, Suetonio). Los primeros presentaron dos modelos de elaboración de fuentes orales: Acontecimientos contados por otros (Tucídides) y observaciones directas (Heródoto).

En la Edad Media los poetas celtas eran contratados para proceder a la exaltación de los hechos del pasado. Algunos incluían, además de lo vivido, los discursos populares. Para los Siglos XIV y XV algunas casas nobles trataron de adoptar sus propios historiadores, cronistas encargados de registrar los hechos sobresalientes de los miembros de la comunidad que los contrataba.

Con el crecimiento de la época renacentista, siglos XVII y XVIII, lo anterior entró en decadencia, de modo que en el Siglo XVII era prácticamente inexistente. La oralidad pasó a ser el terreno de los folkloristas llamados entonces anticuaristas.

Fue Jules Michelet (1798-1874) quien se aventuró a hacer entrevistas, imponiendo de nuevo, el debate sobre el uso de la documentación oral para la historia. Michelet supo captar el sentido de la historia, a la que dio una nueva significación como pasado colectivo en el que el pueblo era el verdadero protagonista. [Tuñón de Lara]

En 1869, resumió su programa como un resucitar del pasado de una manera global frente a una historia poco material, que olvidaba aspectos como el suelo o el clima, y poco espiritual, en cuanto que dejaba de lado costumbres, ideas, etc.

3.7.2. HISTORIA ORAL VS. HISTORIOGRÁFICA:

De 1920 a 1930, la polémica sobre el significado de la oralidad como fundamento válido para la Historia continuó, aunque marginada por la supremacía de la historiografía que se hacía con documentos escritos, que pasaban desde mediados del siglo XIX, a ser divinizados como solución para hacer la Historia. Sin embargo, la oralidad no murió, fue caminando hasta que en 1930 un hecho nuevo alteró sus pasos. Nos cuenta José Carlos Sebe Bom Meihy, historiador brasileño, que en 1920, la Escuela de sociología de Chicago, inició un importante proyecto que aspiraba a recoger «historias vivas», esto es testimonios de personas de diversas camadas sociales, principalmente negros esclavos.

En 1930, tanto en la fase de superación de los problemas causados por el «miércoles negro» de octubre de 1929, el gobierno norteamericano creó un programa llamado «Federal Writers Project», envolviendo a un formidable número de personas en la toma de testimonios, hechos con la técnica de «Historia de vida». El simple hecho de captar las experiencias de un grupo relegado por los análisis históricos convencionales, habría de tener peso para poder exponer algunos problemas vitales, hasta entonces invisibles para la percepción ordinaria [1992].

La Historia Oral actualmente, como técnica de captación de entrevistas directas realizadas a través de grabadoras y de criterios profesionales, como método, tiene una doble emergencia: su relación con los métodos cuantitativos y con la transformación de su aplicación, más la necesidad de conocer nuestra propia realidad, nuestra propia posibilidad histórica, los propios cambios y movimientos que ocurren en la sociedad y con ello, de alguna manera, hacer el método más rico, más fecundo y más útil para los diferentes usos que queramos darle.

La podemos observar en tres grandes modalidades: Tradición Oral, Historia Oral Temática e Historia Oral de Vida

➤ **Tradición oral:**

La característica más presente en la comunicación humana es la oralidad, ésta siempre se impuso como la forma más fácil, rápida y utilizada, es además la más antigua y definida. La memoria es la base para la tradición oral. Es válida como fundamento para

las generaciones presentes que estudian algunas comunidades. Aunque memoria es uno de los términos más complejos de definir, es ella la que sirve de base para la Tradición Oral que es, sin duda, el más complicado, difícil y atractivo de todos los géneros de la historia oral.

Vale la pena apuntar que hay una diferencia básica entre Tradición oral (que se aproxima y, en ciertos casos, se confunde con memoria colectiva) y memoria histórica (hecha con documentación escrita). Conviene recordar que las matrices básicas del conocimiento humano se apoyan en las reminiscencias milenarias, en los patrones transmitidos por la racionalización de la relación con lo divino, lo sobrenatural o sobre aquello que fue consagrado por la repetición y que llega a convertirse en un mito o dogma aceptado socialmente. Así, las bases mitológicas o míticas derivadas de los textos sagrados como la Biblia o incluso de las sociedades iletradas, se justifican como soportes y resultados de la oralidad de algunas premisas que explican la vida de esos grupos sociales.

➤ **Historia oral temático:**

Es la que más prestigio tiene debido a una mayor proximidad con las formas más comunes de hacer historia, y al uso del cuestionario como la manera de conducir la entrevista. Sometida a un tema, esta alternativa es entre todas las soluciones de Historia Oral la más objetiva y directa y, en este sentido, las relaciones entre las partes

(colaborador y entrevistador) quedan neutralizadas por la forma impersonal de abordaje.

Es éste el caso típico de uso de la historia oral cuando faltan documentos para los registros analíticos. Como aquí lo que se busca son datos para componer una explicación, el entrevistado o colaborador es un agente mucho más pasivo que el entrevistador. En la actualidad la historia regional y la microhistoria se han visto favorecidas con esta metodología, pues su uso ha contribuido al conocimiento de la historia de pueblos ignorados, representativos de un gran conjunto humano.

Los cuestionarios deben ser elaborados relacionando el tema de la investigación con las características del grupo de entrevistados. En el proceso de un estudio sobre la formación del Departamento de Risaralda, por ejemplo, deben ser consideradas las cuestiones generales y la situación específica de cada grupo o pueblo que la vivió. Pero para todos debe mantenerse una pregunta de corte que dé unidad al proyecto.

Los cuestionarios deben prepararse teniendo en cuenta:

- Tipo de investigación.

- Códigos.

- Sistema manual (tablas).

- Sistema electrónico (computadora).

- Tipo de pregunta: directa, indirecta, de selección, etc.

- **Historia oral de vida:**

De las formas de Historia Oral ésta es la más discutible y fascinante. Difiere de las otras soluciones (Temática y Tradición oral), por ser la manera más personal y particular de registrar experiencias tanto individuales como colectivas. A partir del IX congreso Mundial de Sociología celebrado en Suecia en 1978 son consideradas como punto de arranque las Historias de Vida que, como metodología, comienza a vivir un período de renovado interés y de una amplitud de uso muy interesante como reflexión teórica y como práctica metodológica. [Córdoba, 1993].

Sin creer que algunos grupos sociales son más importantes que otros, la Historia Oral de Vida considera a todos como personas significativas, valorizando y dirigiendo la atención a los sujetos indiscriminados; acepta, en principio, que la historia abarca a todos y que las experiencias individuales son, por ello, históricas. La Historia oral de Vida difiere de las otras soluciones por ser la manera más personal y particular de registrar experiencias. Aunque en apariencia se muestre fácil, es muy difícil y raramente se encuentra alternativa que exija tanto rigor.

En la circunstancia de una entrevista con una sola persona, lo que interesa es determinar el número de encuentros suficientes para establecer una narración. Pero cuando se piensa en un proyecto amplio, hecho con un grupo más considerable conviene, para tener un buen resultado, establecer el criterio de selección de los individuos a analizar. La Historia Oral pone al descubierto la lógica en acción de algunos comportamientos; la información oral debe permitir un análisis del hecho social tal como ha sido vivido y practicado por los actores de la sociedad.

La relación entre quien narra su vida y quien la recoge para su análisis es siempre difícil o, al menos, compleja; referirnos a la narración de historias de vida y a la relación que creamos, conduce a reflexionar sobre qué tipos de sujetos se construyen con las historias de vida. [Bernabé Sarabia]

La Historia de vida, nos dice Franco Ferraroti, no debe ser utilizada ni como complemento, ni como comprobación de otras metodologías, puesto que ella en si misma es una representación metodológica pertinente del objeto de estudio al cual nos hemos dedicado.

3.8. RELACIONES INTERPERSONALES⁵.

Las Relaciones Interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas. Involucra los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno/una. Para ello son necesarias aquellas destrezas sociales y emocionales que promueven la habilidad para comunicarse clara y directamente, escuchar atentamente, resolver conflictos y expresarse de manera honesta y auténtica. Entre estas se cuentan: Sociales, Comunicación, Autoconocimiento y Límites.

- Destrezas Sociales: Autoimagen positiva y confianza, Asertividad proactiva, Iniciación al contacto, Comienzo de comunicación, Reconocimiento y evasión del peligro, Límites saludables, Comunidad y Apoyo.
- Destrezas de Comunicación: Escuchar activamente, Empatía, apertura y conciencia, Respuesta reflexiva, Revelación, Expresión, Entendimiento del lenguaje corporal, Claridad y honestidad, No asumir, Contenido vs. Proceso, Resolución de conflicto y Negociación.
- Destrezas de Autoconocimiento: Autenticidad, Asertividad, Comunicación e integridad, Límites emocionales, Base en la realidad, Postergación de la gratificación y Distanciamiento.
- Destrezas de Límites: Reconocimiento y honor de valores comunes, Respeto y Aceptación, Escuchar, Autenticidad, Validación y apoyo, Afecto físico y emocional,

⁵ OLIVERO, Laura Trinidad. Relaciones interpersonales y convivencia.

Desarrollo del carácter, Sentido de Identidad, Límites saludables, Perdón y Encarar los propios miedos. Por otra parte, existen cinco procesos fundamentales para las Relaciones Interpersonales y la Convivencia que son: Percepción, Pensamientos, Sentimientos, Intencionalidad y Acción.

- Percepción: Proceso mediante el cual, las personas organizan e interpretan información a fin de dar significado y posibilidad de comprensión a su mundo. La percepción aporta la materia prima necesaria para los procesos del pensar, sentir y actuar. En el proceso perceptivo, también influyen significativamente los valores y creencias, los pensamientos y el mundo de la acción.
- Pensamientos y Sentimientos: Es pensamiento el que analizará, evaluará y emitirá un juicio sobre lo que nos afecta, como también planeará conductas complejas y organizará las acciones de acuerdo a la información con la que contamos. Los análisis que realizamos y los juicios que emitimos no pueden tener más valor que aquel que posee la información sobre la que se basan.
- Intencionalidad y Objetivos: Por las intenciones nos dirigimos hacia las metas que nos fijamos. Los objetivos son aquellas metas que concretan lo que los deseos e intenciones buscan alcanzar, son metas específicas, claras, retadoras, constituyen el "activador" de la conducta. Los objetivos son la fuente principal de la motivación en el trabajo. Ellos definen un camino, orientan decisiones, informan de nuestro progreso. Cuando no hay objetivos claros se corre el riesgo de llegar a un resultado no deseado.
- Acción: Es hacer basado en la percepción, en los sentimientos, en el pensamiento y en una intencionalidad consciente que se expresa en objetivos.

Las características de las Relaciones Interpersonales saludables son:

- **Honestidad y Sinceridad:** Libre de mentiras e hipocresía. Nos permite explorar los límites sociales y propone la posibilidad de contrastar nuestras verdades con las de los demás.
- **Respeto y Afirmación:** Fomenta la libertad mutua, que permite la creación del espacio psicológico y social en el que se desarrolla la visión de las cosas, de uno y de los demás.
- **Compasión:** Las relaciones compasivas se relacionan con la capacidad humana de sentir-con, es decir, de identificarse con el otro, de ponerse psicológica en el lugar del otro.
- **Comprensión y Sabiduría:** Es la realización integral llevando a cabo la actividad de inteligencia interpersonal desde la compasión, el respeto a la libertad, la honestidad y la sinceridad.

Los comportamientos en las Relaciones Interpersonales pueden clasificarse en:

- **Comportamientos Inefectivos:** Juzgar, Control, Neutralidad, Superioridad y Certeza. Cuando hay una relación interpersonal deficiente se produce lo siguiente: Frustración, Ansiedad, Enojo, Agresividad, Actitud negativa y Deserción o despido del empleo.

- **Comportamientos Efectivos:** Descriptivo, Orientado al Problema, Empatía, Igualdad y Provisión. Cuando hay una relación interpersonal eficiente se produce lo siguiente: Satisfacción, Autenticidad, Empatía, Compañerismo y Efectividad.

Para comprender las Relaciones Interpersonales y los problemas que en las mismas ocurren como resultado del compromiso de los involucrados en sus propias perspectivas, ideas, opiniones y sentimientos que abusan o pasan por alto los de los otros. Estas giran alrededor de las necesidades de las personas, y es en pro de las necesidades satisfechas que se edifican relaciones interpersonales. La meta de cualquier relación es, entonces, cumplir las necesidades existentes, puesto que las necesidades que no son cumplidas socavan y destruyen las relaciones.

En este sentido es necesario definir las etapas de una relación interpersonal que son: Cooperación, Desquite, Dominación y Aislamiento. Una persona sola no puede mantener cooperación y confianza mutua en la relación. Las personas involucradas tienen que trabajar para lograrlo. Para mantener una relación fuerte, saludable y dinámica, se ha de estar alerta a las necesidades cambiantes dentro de la relación.

Etapas de una relación interpersonal insatisfecha:

- **Cooperación:** Las relaciones interpersonales comienzan en la etapa de cooperación con el deseo de cumplir necesidades complementarias.
- **Desquite:** Cuando perdemos de vista de que somos "socios" en nuestras relaciones, entonces tomamos el primer paso de salir de una relación de cooperación y

permitimos una actitud de venganza hacia la persona que no está cumpliendo nuestras necesidades.

- **Dominación y Aislamiento:** Las personas dominadas sacan tres conclusiones antes de optar por el aislamiento:
 - Debido al sentir de rechazo y auto-compasión, concluyen que la otra persona no se preocupa por sus necesidades. Ven al dominador como totalmente egoísta y no como un socio en la relación. Están convencidos de que no se dará consideración a su creatividad, ideas y sentimiento.
 - Concluyen que no tienen que perdonar a la otra persona. Han absorbido tantas heridas que se sienten más agredidas que agresor. Ya ha pasado el límite de aguante.
 - Concluyen que no se van a cumplir con sus necesidades. Ya no hay esperanza.

Alternativas de solución:

- Diálogo sobre todas las cosas.
- Creación de grupos para solucionar los conflictos.
- Uso de expertos.

- Grupos de entrevistas focalizadas.
- Adiestramiento.
- Evaluación de condiciones y procesos.

Importancia de la confianza en las relaciones interpersonales:

- La confianza es un elemento vital en todas las relaciones interpersonales incluyendo las organizaciones.
- La gente debe creer en la veracidad de la información y de que se les hable de los asuntos importantes que les compete.
- La gente necesita creer en la verticalidad y honestidad de sus líderes.
- La gente necesita saber que la agencia se preocupa por ellos para que haya confianza y compromiso.

3.9. PARTICIPACIÓN⁶.

Participar es devenir en el otro sin dejar de ser uno y el otro sin dejar de ser otro. Es decir, sin establecer entre Yo y otro ninguna relación o estructura que los ligue de una manera estable o equilibrada. Toda relación que el Yo realiza es por algún tipo de identificación, pero cuando participamos no establecemos ninguna estructura estable y relacional que permita emitir o recibir señales o “mensajes” con otros. Sólo participamos de algo que trasciende todas las partes. Mejor dicho, está más allá de toda objetivación, incluyéndose el Yo como objeto identificable. No hay estructura que dinamice y oriente ningún tipo de mensajes perceptibles o pensables. Aquello que está más allá de toda objetivación posible, es el *vacío potencial*, que como todo campo de valores es imposible apropiarse de ellos y por eso es de todos por participación.

Se participa de aquello que nos iguala radicalmente, como son los valores, y que los distinguimos de los objetos en que no son identificables y generan una fuerza potencial que todos vivenciamos: la primera experiencia de esta fuerza vital subjetiva es la resistencia que ofrece la realidad. Max Scheler la denominó: *vivencia primaria*: “es la resistencia que ofrece la realidad y que precede a toda conciencia, a toda percepción”. Es la primera sensación de límite que posibilita la libertad ante las cosas, pues en esta experiencia descubre que no es cosa alguna.

Así como el deseo en psicoanálisis se constituye a partir de la primera vivencia de satisfacción de un objeto. El anhelo de ser se constituye a partir de la primera *vivencia*

⁶ FERNÁNDEZ, Mouján. 2002. En: www.macroaldea.com.ar

de resistencia ante la experiencia como existencia. La madre ofrece el primer objeto de satisfacción: el pecho y también le posibilita la primera experiencia de resistencia al renunciar ella a *tener* el hijo como propio. El bebé vive una experiencia similar. El no de la función paterna abre entre los dos un vacío potencial. El: “tus hijos no son tus hijos, sino de la vida” posibilita al bebé constituirse como sujeto abierto a la experiencia totalizadora, la cual moviliza el anhelo de ser como posibilidad (no como deseo) de ser uno mismo al mismo tiempo de ser con los demás *todo*.

La teoría de la participación nos permite avanzar más allá de todo fundamento epistemológico. Sumergiéndonos en una realidad donde la materia (el objeto) no existe con certeza en un lugar definido, mostrando una tendencia a existir, esta tendencia es la posibilidad o como dicen los físicos probabilidad. La pérdida de objeto identificable posibilita la participación de múltiples correlaciones que vivenciamos (no observamos, ni pensamos) como una totalidad en la cual “todo tiene que ver con todo” o dicho de otra manera “nada es de nadie y por eso es de todos”, como los valores. Múltiples significados que como variables ocultas (indeterminación) pueden conectarse en un instante que desde la epistemología llamamos: intuición. Podría llamarlo también imaginación creativa.

En física cuántica al aceptar que la partícula material puede ser onda, y ésta tiene la posibilidad de encontrar partículas en ciertos puntos y momentos, nos permite aceptar un nivel de realidad donde no hay objeto sólido, sí hay una onda de energía cuyas partículas se mueven a velocidades próximas a la de la luz. Esto hace posible salir de todo espacio limitante que mide el tiempo y localiza objetos en secuencia causal. El límite al participar es descubrir el ser que soy, pues no soy cosa alguna.

Estamos hablando de un sistema abierto que deja de aislar o acotar. Nos saca del papel de observadores haciéndonos partícipes de un campo de infinitas posibilidades, el cual nos constituye como sujetos epistemológicos abiertos a la posibilidad creativa. Lo denominé sujeto de experiencia de ser, cuya angustia existencial es por lo misterioso de la realidad como ser y no por lo oculto de una realidad dada que podemos identificar. La experiencia de esta inestabilidad es porque no hay en este momento estructura que equilibre, por lo tanto no hay determinismo. Esta experiencia hace probable una respuesta no lineal, es decir un acontecimiento creativo.

3.10. LIDERAZGO⁷.

El líder es fundamental en la constitución y desarrollo de las organizaciones. La sociedad en general y las comunidades en particular necesitan de líderes para encauzar los esfuerzos colectivos a la solución de sus problemas. El liderazgo es un fenómeno natural que se da en los grupos imprimiéndole una determinada dinámica de diversa intensidad. El ejercicio del liderazgo es una condición indispensable para dinamizar la comunidad y las organizaciones y producir cambios

. En ellas pueden darse las condiciones objetivas para trazar y alcanzar metas, pero si no existe un liderazgo se perpetúa la inercia desperdiciándose necesidades y recursos.

⁷ RAMIREZ, Ofelia. Modulo de desarrollo comunitario. Neiva: Universidad Surcolombiana, Facultad de Ciencias de la Educación, Programa de Administración Educativa a Distancia, 1997. P. 66- 69.

3.10.1. TIPOS DE LIDERAZGO.

Existen diferentes formas de clasificar el liderazgo. Se opta aquí por la que presenta Velásquez Montoya, que es de las más conocidas.

➤ **Liderazgo autocrático:**

En este tipo de liderazgo todas las directrices de las organizaciones como los procedimientos son fijados por el líder. Esta clase de líderes no controla únicamente los objetivos generales, sino cada etapa de su realización y hasta las iniciativas de los participantes; el líder coordina el trabajo y asigna a cada persona su lugar sin derecho a discusión. De otra parte, comunica sus decisiones sin justificarlas y sin permitir el derecho a la crítica. Igualmente, cuando emite un juicio frente a la conducta de un integrante, lo hace más por censura que por elogio y, en el caso de aprobación, lo hace sin dar explicación de su juicio. Es un líder que se mantiene a gran distancia del grupo y en ningún momento se deja comprender ni confundir por los miembros del mismo.

En síntesis, el líder es quien decide lo que el grupo debe hacer y como debe hacerlo. Las relaciones de los miembros del grupo ante este tipo de liderazgo pueden ser de pasividad y sumisión, y en algunos casos de descontento y agresividad. En términos generales en un sistema de liderazgo autoritario, la agresividad no se manifiesta únicamente contra el líder y los miembros del grupo, sino también contra personas extrañas.

El grupo que tiene este tipo de liderazgo, puede presentar una buena cohesión en la resistencia contra el jefe tirano, pero indiscutiblemente los intereses no serán los del grupo, sino los de cada uno, y quieren a toda costa evadir el control del líder. Además se corre el riesgo de que el grupo se desoriente en su ausencia del líder. Por último, este tipo de liderazgo es necesario en ciertas circunstancias bien definidas como cuando la rapidez y la eficiencia tienen que darse evitando todas las formalidades. Cuando hay situación de gran crisis en un grupo y con síntomas de desintegración, la acción de un líder es casi obligatoria. No obstante esta última parte, solamente en casos excepcionales es aconsejable colocar líderes autoritarios. Las situaciones normales y consientes de los grupos requieren de otro tipo de liderazgo.

➤ **Liderazgo Paternalista**

Este tipo de liderazgo, se inscribe dentro del liderazgo autocrático. En contraste con el liderato autoritario, este líder se interesa realmente por el grupo, a toda hora desea verlos contentos, los alaba o critica y raramente es severo. El líder paternalista esta siempre a la expectativa de que el grupo le refiera todos los detalles de su trabajo, y todas sus preocupaciones; a cambio de su desvelo y dedicación exige completa lealtad y benevolencia. El líder mantiene en esta forma el dominio del grupo, al constituirse en fuente de donde salen las preocupaciones y normas de trabajo. Cualquier desobediencia acerca de sus indicaciones las recibe con dolorosa sorpresa y la considera una muestra de deslealtad.

El liderazgo paternalista conlleva a una serie de consecuencias negativas entre las cuales hay que destacar:

- Una alta productividad del grupo a condición de que el líder este presente. Lo cual indica una gran dependencia.
- Las reacciones contra las frustraciones latentes de los miembros del grupo se manifiestan de manera muy lenta, sin alcanzar un nivel suficiente que produzca la ruptura con el líder. Este hecho hace que no se den cambios compartidos al interior del grupo, y se deja toda responsabilidad en manos de quien dirige.
- Estas dos formas de liderazgo autocrático y paternalista que acabamos de ver presentan ciertas características en común.
- Infunden seguridad en los miembros hasta tal punto que se sienten más como ejecutores de órdenes, que como integrantes de un grupo, en procura de lograr unos fines y unos objetivos previstos.
- Le niega el estímulo a las habilidades personales y a la creatividad de los integrantes.

➤ **Liderazgo no Intervencionista:**

Es conocido también como el liderazgo de “dejar hacer” su filosofía es dejar obrar a los demás e intervenir lo menos posible. Deja la mayor libertad a los miembros del grupo. En este tipo de liderazgo no se presentan soluciones; no se aprueba ni desaprueba, no hay toma de decisiones su responsabilidad básicamente consiste en responder si es interrogado y comunicar las informaciones que sean estrictamente necesarias al grupo.

Por lo tanto en este tipo de grupo no se dispone de un verdadero líder; hay no haber un verdadero ejercicio del liderazgo no hay tampoco un verdadero espíritu de grupo y mucho menos se genera un espíritu de pertenencia.

➤ **Liderazgo Democrático:**

Este tipo de liderazgo, el grupo mismo es el mismo es el punto de convergencia y no el líder, el líder procura intervenir y clasificar los objetivos y se comparte mas como un consejero que como la persona poseedora de la decisión y la solución. De esta forma se despiertan en el grupo las aptitudes para la autodeterminación. A la hora de conformar grupos específicos de trabajo el líder deja en libertad a las preferencias individuales. En igual forma el líder democrático efectúa un número mas elevado de interrelaciones con los miembros del grupo y se ocupa por los intereses del mismo.

De otra parte, en el grupo democrático cuando se elige una persona para representar el grupo, esto no indica en ningún caso, que sus capacidades de manejo, así como su autoridad no sean enjuiciadas de un modo objetivo o racional, por su nombramiento no se hace una vez por todas, si no que su capacidad de probarse continuamente, su papel de director y coordinador se enmarca dentro de una función de permanente educación y dentro de una permanente capacidad de comprometer a todos los miembros en la realización de los fines del grupo.

En los grupos democráticos el fin es lograr el desarrollo armonioso en las cualidades y capacidades de cada uno de los componentes del grupo, de tal forma que se dé el compromiso, la responsabilidad espontánea y voluntaria. El liderazgo democrático, de esta forma, evita las demostraciones de fuerza que engendran una conducta y un comportamiento que en ningún caso elude las representaciones ni deja tareas pendientes, ni mucho menos se respetan las relaciones del grupo. Finalmente, se puede decir que en este tipo de liderazgo las decisiones son tomadas según el consenso de la mayoría. Este hecho asegura en el grupo la autodeterminación gracias a las técnicas de discusión y de liberación colectiva. La autodeterminación significa que el grupo es consiente de sus fines, de sus miedos y de su propio poder, lo cual permite consolidar la unidad al interior y exterior de la agrupación.

➤ **Liderazgo Transformativo:**

Cuando el liderazgo se convierte en la clave del “éxito organizacional” y hace que las personas que dirigen las organizaciones comunitarias sean quienes “impulsan a la demás gente a la acción” y quienes “transforman seguidores en líderes” y quienes pueden convertir “líderes en agentes de cambio” estamos frente a un tipo de liderazgo diferente, frente a uno que hace que las organizaciones “vigorosas y viables”, con “visiones” de lo que pueden llegar a ser y que trabajan por lograrlo; es aquel que Bennis y Naus (1985) han denominado “liderazgo transformativo”. En este caso los integrantes de los grupos comunitarios tienen un grado mayor de reciprocidad con el líder, en el sentido de que todos se unen para buscar un bien común y no un beneficio individual, este aspecto hace que ellos encuentren significado y sentido a su labor y se sienten cada vez más comprometidos en la búsqueda de sus objetivos para lo cual, pertinentemente, están planteándose y abriéndose caminos hacia el éxito y hacia la satisfacción de las necesidades de la comunidad.

Los líderes de este tipo de organizaciones, guían la acción de los demás integrantes, exaltando e impulsando su labor y haciendo que en sus seguidores se produzcan grados de conciencia altos como la libre actuación, la responsabilidad, la participación voluntaria y espontánea, la creatividad y el orgullo de pertenecer y tomar parte de una unidad social. Así, el liderazgo transformativo se convierte en un liderazgo “efectivo” en la medida que líderes y seguidores se comprometen solidariamente en la búsqueda permanente de alternativas para fortalecer su organización intrínseca y extrínsecamente, en procura de alcanzar sus fines y propósitos grupales y sociales.

3.11. EL ENVEJECIMIENTO Y SUS CAMBIOS.

Es necesario tener en cuenta que el envejecimiento es un proceso normal que presentan todos los seres vivos, que este a su vez implica la maduración, disfrute y un desgaste natural ejercicio por el tiempo; y por otra parte, este proceso trae consigo cambios a nivel físico, psicológico y social los cuales es necesario conocer para mejorar la actitud y adaptación a esta etapa de la vida: la vejez.

3.11.1. Los cambios físicos:

A nivel general:

- “Aparición y acentuación de las líneas de expresión (arrugas), especialmente en el rostro.
- Cambios en la tonalidad o apariencia de la piel (más delgada).
- El cabello tiende a adelgazarse y a cambiar de color (canas).

- Disminución en la capacidad de los órganos de los sentidos (vista, oído, olfato y tacto).

- El proceso de respuesta del cuerpo se hace más lento.

- Cambios en la posición y curvatura del cuerpo.”⁸

A nivel de sistemas:

- **“Sistema Nervioso Central: Cerebro y médula espinal**
 - Engrosamiento de las meninges.
 - Atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años).

⁸ PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ACODAL gerencia zona 11, Fondo Para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental ACODAL y Fundación Para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia FUDESCO. Autocuidado de la salud para adultos mayores.

- Disminución de los procesos dendríticos.
- Reducción de la sustancia blanca.
- Disminución de la velocidad de conducción.
- Aumento del tiempo de respuesta reflejo.

Como consecuencia de estos cambios:

- Algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.
- Puede observarse, en algunos casos, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje.
- También, puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance.
- Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

➤ **Sistema Nervioso Autónomo**

- Se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además, existe disminución en el número de los receptores post sinápticos.

Consecuencias de estos cambios:

- Existe una disminución de la sensibilidad de los barorreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural.
- Existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al “golpe de calor”.
- Ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa, de enfermedades.
- Existe disminución en la motilidad intestinal lo que puede producir constipación.
- Puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

➤ **Sentido de la visión**

- Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal.
- Depósitos lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución de la elasticidad del cristalino.
- Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides.

Consecuencias de estos cambios:

- Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epifora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular.

- Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales.
- Lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

➤ **Audición y Equilibrio**

- Degeneración del órgano de Corti.
- Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal.
- Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración.
- Osteosclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio.
- Excesiva acumulación de cerumen.
- Disminución de la producción de endolinfa.
- Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares.

Consecuencias de estos cambios:

- Presbiacusia, caracterizada por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos.
- Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

➤ **Olfato, Gusto y Fonación**

- Atrofia de las mucosas.
- Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años).
- Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.

Consecuencias de estos cambios:

- Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición.
- Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución.
- Cambios en la voz.

➤ **Sistema Locomotor: músculos, huesos y articulaciones**

- Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por desnervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular).
- Osteoporosis.
- Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago.
- Engrosamiento sinovial.
- Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación.

Consecuencias de estos cambios:

- Pérdida de masa muscular.
- Predisposición a calambres musculares.
- Predisposición para el desarrollo de hernias tanto intra como extraabdominales.
- Debilidad muscular.
- Limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal.
- Cifosis.
- Disminución de la estatura.
- Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones.
- Rigidez articular y predisposición al dolor.
- Disminución en la confianza y seguridad para la actividad.
- Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual no compensado.

➤ **Sistema Gastrointestinal**

- Cambios en la mucosa oral.
- Cambios atróficos en la mandíbula.
- Atrofia de tejidos blandos (encía).
- Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa muscularis.
- Reducción del tamaño del hígado.
- Disminución de la velocidad del tránsito intestinal.

Consecuencias de estos cambios:

- Predisposición a las caries dentales, al edentulismo y a la enfermedad periodontal.
- Problemas en la absorción de alimentos.
- Constipación y diverticulosis.
- Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado.

➤ **Sistema Respiratorio**

- Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums.
- Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte.
- Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas.
- Osteoporosis de la caja torácica.
- Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales.
- Debilidad de los músculos respiratorios.

Consecuencias de estos cambios:

- Capacidad vital disminuida.
- Deterioro de la difusión de oxígeno.
- Eficiencia respiratoria disminuida.
- Disminución en la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como la aclaración de moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos.
- Cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax.
- Predisposición a la infección.

➤ **Sistema Cardiovascular**

- Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima.
- Incompetencia valvular venosa.
- Calcificaciones en las válvulas cardíacas.
- Rigidez de las paredes venosas.
- Depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio.
- Aumento de la resistencia periférica.
- Disminución del gasto cardíaco.
- Deterioro de la microcirculación.

Consecuencias de estos cambios:

- Dilatación y prominencia de la aorta.
- Presencia de soplos cardíacos.
- Predisposición a los eventos tromboembólicos.
- Disminución en la capacidad de actividad física.
- Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de éxtasis y úlceras tróficas.
- Trastorno de la microcirculación periférica.

➤ **Sistema Génito-Urinario**

- Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad.
- Cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas.
- Atrofia de la mucosa vaginal.

- Laxitud de los músculos perineales.
- Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más).

Consecuencias de estos cambios:

- Falla en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio.
- Disminución de la capacidad de excreción por el riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de éstos.
- Dispareunia (dolor al coito) en la mujer.
- Incontinencia urinaria.
- Aumento de la susceptibilidad a las infecciones.

➤ **Piel**

- Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos.
- Cambios pigmentarios.
- Hiperqueratosis epidérmica.
- Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas.
- Esclerosis arteriolar.
- Reducción de la grasa subcutánea.

Consecuencias de estos cambios:

- Piel seca, arrugada, frágil y descolorida.
- Pelo cano y caída parcial o total del mismo.
- Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento.
- Placas seborreicas.
- Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación.
- Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas.
- Prurito.
- Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

➤ **Sistema Inmunológico**

- Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo).

Consecuencia de estos cambios:

- Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

➤ **Sistema Endocrino**

- Cambios relacionados con el envejecimiento:
- Disminución de la tolerancia a la glucosa.
- Disminución de la actividad funcional tiroidea.
- Cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

Consecuencia de estos cambios:

- Predisposición a la descompensación en los enfermos diabéticos.
- Respuestas metabólicas lentas.
- Respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal.”⁹

3.11. 2. Los cambios psicológicos

A nivel general:

- “La rapidez avanzada de las funciones intelectuales se reduce.
- Disminución en la agilidad para retener nuevas ideas.
- El procesamiento de la información se hace más lento.
- Se necesita más tiempo para aprender algo nuevo.
- Los rasgos de la personalidad se acentúan.
- pérdida gradual de la memoria a corto plazo.”¹⁰

⁹ weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001380.html

¹⁰ PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ACODAL gerencia zona 11, Fondo Para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y

En ámbitos específicos:

“En este aspecto los cambios a los que los Adultos Mayores se enfrentan tienen que ver en primer lugar con la **idea de tiempo**.

El tiempo es inexorable, no se detiene, nos muestra: que hemos vivido, que nuestros mayores ya son viejos o no están, *que los hijos ya no dependen de nosotros, se independizan y hacen sus propias vidas, el "nido vacío"; *los nietos nos significan la abuelidad, *la muerte de personas cercanas nos hacen pensar que la muerte propia también es posible.

La muerte está significada por la vida y desde muy chicos sabemos de su existencia, pero al entrar en la etapa del envejecimiento ya no se nos aparece como la muerte de los otros sino que se nos hace presente como propia. Sabemos que la muerte no es propiedad de ninguna edad, llega en cualquier momento, pero es sin duda más esperable en la vejez.

El tiempo es una dimensión en la que transcurre nuestra vida pero durante la juventud, el tiempo es algo que no tiene límites, uno se maneja con el "algún día", pareciera que fuera algo eterno. En esta etapa del envejecimiento tomamos conciencia del tiempo

Ambiental ACODAL y Fundación Para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia FUDESCO. Autocuidado de la salud para adultos mayores.

nuestro, que es finito, acotado y tiene un fin. La toma de conciencia también tiene que ver con la identidad, el mirar a los amigos en sus cambios, encontrarse con alguien después de varios años, los cumpleaños también se encargan de recordar los años que cumplimos nosotros y nuestros hijos.

La crisis de identidad, ya la veremos en otra clase, está ligada a una suerte de balance vital que se hace, se mira para atrás, se mira para adentro, uno se introspecciona para tratar de reconocerse. Junto al encuentro del tiempo aparece la vivencia de pérdidas, que marcan profundamente el proceso del envejecer.

¿A que llamamos pérdida? (Pérdidas y Duelo son temas de otra clase)

Decimos que pérdida es la vivencia por la cual se siente que ya no se tiene algo significativo, real o no. Un ser querido, un objeto importante, una actividad relevante, un rol(laboral, parental), el cuerpo joven, habilidades, disminución de algunas funciones sensoriales, un accidente, una mudanza, el casamiento o salida del hogar de un hijo, etc.

El proceso del envejecimiento está marcado por las pérdidas, especialmente al comienzo del mismo. Algunas veces una pérdida aparentemente menor, desencadena un aparecer de pérdidas anteriores significativas que quedaron sin elaborar. Las pérdidas se elaboran a través del proceso de duelo. Decimos brevemente acá que el duelo es un trabajo psíquico natural, normal, que no está exclusivamente vinculado a una pérdida por muerte, y que lleva un período para su elaboración. Rabia, desesperación, impotencia, negación, acompañados por tristeza son sentimientos que

siempre acompañan a este proceso que siempre lleva un tiempo hasta su resolución. Una crisis de identidad es lo que acontece en mayor o menor medida.

Preguntas como: ¿Quién soy? ¿Qué hice hasta ahora? ¿Y ahora qué? ¿Por qué no hice tal cosa? ¿Qué haré de ahora en adelante... Las crisis producen inquietud, angustia, desconcierto, a veces repercuten en el cuerpo con distintas dolencias. Aparece el aguijón de la soledad, el aburrimiento, la rutina, la temida depresión.

Es útil recordar que la depresión como enfermedad aunque muchas veces diagnosticada, no es tal, ya que no es tan frecuente. Lo que aparece es un estado depresivo con síntomas como tristeza, sensación de vacío, desgano, falta de motivación. En la gran mayoría de los casos todo esto es producto de esa crisis de identidad, propia del encuentro con las pérdidas y los cambios. A veces se hace necesario la intervención del especialista pero otras se puede actuar a través de lo que insistimos como Promoción de salud y Educación para el envejecimiento previniendo un mal envejecer. Es importante poder posicionarse en el proceso del envejecer.

¿Y qué es posicionarse en el proceso del envejecer?

Ya habíamos dicho que uno de los objetivos de la Educación para el Envejecimiento era conocer, elaborar y asumir este proceso.

Esto significa tomar conciencia de que se está accediendo a una etapa de la vida en que se registran pérdidas y ganancias, y facilitar a través de esta toma de conciencia nuevos roles a desempeñar, nuevas formas de vida o actitudes frente a la misma, y con esto una inserción activa, participativa en la sociedad. Y en esto es cuando aparece la necesidad de conectarse con su mundo interno, la interioridad al decir de Salvarezza o la subjetividad como lo apunta Conde. De todos modos es lo que nosotros llamamos toma de conciencia de su situación de envejecientes, con limitaciones y posibilidades y el posicionarse frente a esto.

Se podrá decir y desde luego que se dice, que resulta doloroso mirarse y reconocer los cambios, lo que uno ya no puede o lo que los otros ya no les permiten, enfrentarse con dos ideas que sin duda inquietan: la idea de vejez, equiparada en el estereotipo cultural solamente a deterioro y pérdidas y la idea de muerte propia. ¡Además como hacerlo y al mismo tiempo ubicarse en un mundo tan rápidamente cambiante!

No consiste en hacer una alabanza de las pérdidas, aprendamos a decir: esto ya no puedo, pero sin quedarse ahí, porque tomar conciencia significa al mismo tiempo aprender a comunicarse con uno mismo y registrar los deseos, las posibilidades, las motivaciones, lo que si se puede, que no es poco, es diferente del antes pero se puede ser pleno, creativo, placentero y rico en intercambios y aportes que solamente lo da la experiencia, la vida vivida.

Tomar conciencia significa además reconstruir la propia historia reforzando así la identidad y logrando la integración del pasado con el presente. Tener acceso a la

educación se hace entonces muy importante, tomándolo como proyecto, aprendizaje, formación, reflexión, no meras actividades, sino actividades con sentido, facilitando lo creativo en sus distintas formas e insertándose en la corriente de la sociedad que les signifique pertenencia.

Otro aspecto significativo en relación a los cambios psicológicos es el relativo a los miedos. (También los miedos serán vistos en una clase especial). Miedo a la vejez, al deterioro, a la dependencia, a la muerte, a la soledad. Si bien están ligados entre sí, tiene siempre el sello de lo singular, de lo diferente en cada individuo. ¹¹

3.11.3. Los cambios sociales:

A nivel general

- “nido vacío (independencia de los hijos).

- Jubilación (mayor tiempo libre).

- Viudez.

¹¹ www.psyconet.com/tiempo/educacion/clases67.htm

- Se vive con la familia, existen dificultades en la relación con nietos o demás miembros de la familia (brechas generacionales).¹²

En ámbitos específicos:

“La mayor parte de estos cambios tienen que ver con la situación que se plantea con la jubilación, que generalmente sin preparación previa, obliga a un cambio muy grande en la forma de vida, al parecer con mayor incidencia en el hombre que en la mujer, pero esto según el lugar central o no que el trabajo ocupa para ellos. Los Adultos Mayores no están acostumbrados a usar el tiempo libre y al jubilarse, con un gran tiempo libre en disponibilidad.... se enfrenta con un factor que impregna la crisis de identidad que aqueja a muchos Adultos Mayores. Hugonot, gerontólogo francés dice: " se relaciona la jubilación con la soledad, con una vivencia de inutilidad, un encontrarse con un tiempo libre para el que no se está preparado".

Muchas veces la jubilación es el detonante del envejecimiento, hasta se ha dicho que uno no se jubila porque es viejo, sino que se vuelve viejo porque se jubila. La jubilación se da por ley a determinada edad y deviene un cambio brusco en el modo de vida del sujeto. La jubilación, cuyo nombre refiere a "júbilo", estaba determinada en función de una recompensa por los años de trabajo y la necesidad de liberar puestos de trabajo. Merecido logro, sin duda, no siempre es vivido así por todos en la misma forma y en la

¹² PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ACODAL gerencia zona 11, Fondo Para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental ACODAL y Fundación Para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia FUDESCO. Autocuidado de la salud para adultos mayores.

misma edad, así algunos profesionales, artistas, algunos docentes y todos aquellos a los que el trabajo satisface están en condiciones de seguir unos años más.

Además, el monto de las jubilaciones, en la mayoría de los países, es inferior a los sueldos de los activos y es insuficiente para que el jubilado, que dispone del tiempo libre para poder hacer salidas, viajes, reuniones, se ve impedido porque sus ingresos solo le permiten sobrevivir. Por supuesto que esto no es así en algunos países de los llamados desarrollados.

La inserción laboral siempre otorga un rol social generalmente unido a otras personas con las que se interactúa cotidianamente. La pérdida de este rol puede crear una sensación de vacío, de desvalorización, de inquietud frente a todo este tiempo libre del que se dispone abruptamente.”¹³

3.12. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ.

Aquí se muestran las diferentes patologías relacionadas con el envejecimiento, las cuales fueron tratadas con los adultos y adultas mayores beneficiarios del PANAN “Juan Luís Londoño de la Cuesta” en el Departamento del Quindío, por medio de talleres educativos. Para facilitar su lectura se realizará dividiendo estas patologías por los diferentes sistemas del cuerpo.

¹³ www.psyconet.com/tiempo/educacion/clases67.htm

3.12.1 ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

gudeza visual¹⁴:

El ojo es el órgano que se desgasta universalmente. Las partes del ojo son: Esclera (parte blanca), Pupila (parte negra), Iris (Color). Los ojos tienden a hundirse por la disminución de la grasa orbitaria. Aparece el arco senil de coloración grisácea, ocasionado por el acumulo de lípidos. Debido a la pérdida de la elasticidad del cristalino y de la consiguiente capacidad de acomodación, se produce presbicia o reducción de la capacidad para enfocar objetos cercanos, lo que obliga a utilizar gafas para leer, escribir, coser, entre otras.

Las patologías más frecuentes en el ojo son:

-Cataratas: se forma una opacidad en el cristalino de tipo cicatrizal, puede ser uni o bilateral, su origen puede ser traumático o provocado por el organismo en su afán de reparar los daños provocados por la luz o radicales libres durante el envejecimiento, su tratamiento es quirúrgico, la faquectomía.

-Pterigio: el pterigio es la proliferación anormal de la esclera ocular, la cual se puede presentar en el borde nasal o temporal del ojo y es producido por la exposición al sol, se presenta en tres grados diferentes dependiendo el compromiso de la cornea.

¹⁴ RUIPEREZ, Cantera. I y LLORENTE Domingo. P. Manuales prácticos de enfermería, auxiliares y cuidadores de ancianos. Bogota: Mc Graw Hill, 1997, p. 56.

Su tratamiento preventivo es con lentes con protección UV y el curativo es quirúrgico. El pronóstico es irregular por su alta tasa de recurrencia.

Alteraciones visuales:

-Hemorragia Retiniana: Es producido por la elevación en la tensión arterial.

-Atrofia del Nervio Óptico.

-Disminución del Tamaño y número de las pupilas.

-Perdida gradual de las neuronas visuales.

-Xeroftalmia: es la sequedad o la disminución de la humedad del ojo, y por esto se puede presentar irritación; no tiene tratamiento, y es más frecuente en las mujeres menopausicas pero de la misma forma se da en los hombres.

-Glaucoma: es la patología más grave que se puede presentar en las personas de la tercera edad, consiste en el aumento de la presión intraocular, su inicio puede cursar con disminución del campo visual, si no se detecta a tiempo el viejo puede presentar pérdida total de la visión. Su pico máximo de aparición es de los 60 – 69 años y se presenta principalmente en las mujeres.

Agudeza auditiva.¹⁵

- Alteraciones del Oído.

Hipoacusia: es la patología más frecuente que encontramos en este órgano y es producido por:

- Daño del VIII par craneal o vestíbulo coclear.
- Calcificación de los huesillos del oído medio.
- Infecciones crónicas a repetición.
- Por tapones de cerumen.
- Perforaciones de la membrana timpánica.
- Lesiones ocasionadas por cuerpos extraños.
- Lesiones del conducto auditivo.
- Heridas de las mucosas.
- Uso de fármacos, especialmente como aminoglucosidos.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 56.

-Alteraciones del Oído Medio: se pueden presentar por infecciones crónicas, traumatismos, infecciones agudas a repetición, por trastornos degenerativos o por trastornos vasculares.

-Tapones de Cerumen: es una de las alteraciones más frecuentes en la edad adulta, puede producir sordera, vértigo y pérdida del equilibrio. Todos estos cambios tienen implicaciones psico-sociales, ya que producen una disminución del contacto con el medio externo, disminuye las actividades sociales que repercuten en la calidad de vida. Los cambios en los procesos sensoriales pueden influir en el procesamiento de señales y se consideran predictorias en cambios intelectuales en la edad adulta.

-Presbiacusia: es la disminución progresiva de la agudeza auditiva que se presenta en la vejez, en algunos casos se da más temprano que en otros, no se conoce causa de dicha presentación. Pero se concluye que todo ser humano va a sufrir de presbiacusia. Es simétrica de ambos oídos.¹⁶

Gusto y olfato¹⁷:

La capacidad para percibir las cuatro cualidades gustativas (dulce, amargo, salado y ácido), disminuye con la vejez. Disminuye más rápido los sabores amargo y ácido. En realidad los botones gustativos se reemplazan de manera continua, pero la sensibilidad gustativa muestra deterioro.

¹⁶ IZAL María y MONTORIO Ignacio. Gerontología conductual, bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Síntesis S.A., 1999, p. 48.

¹⁷ RICE Philip. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. México: Printed in México. 1997.

La disfunción olfativa puede disminuir significativamente la calidad de vida incluso puede ser peligrosa. Como el sabor de la comida se debe en gran medida a la estimulación olfativa, es probable que la pobre discriminación del sabor y la disminución de la capacidad para identificar comidas en la boca que se observan en los ancianos reflejen deterioros en la función olfativa relacionados con la edad.

Sensibilidad Táctil¹⁸:

La investigación ha encontrado que con el aumento de la edad se presenta un decremento en la agudeza táctil, pero la pérdida es pequeña. La sensibilidad, a la temperatura y el dolor se deteriora en un pequeño porcentaje.

3.12.2. SISTEMA RESPIRATORIO¹⁹.

Los cambios fisiológicos que se presentan en este sistema en la edad adulta son:

- a. Rigidez de los músculos intercostales que limitan la elasticidad de la pared torácica.
- b. Los pulmones se hacen más pequeños, pierden laxitud.
- c. Colaxo alveolar.

¹⁸ Ibíd.

¹⁹ IZAL M y MONTORIO I. Op. Cit. p.44.

- d. Pérdida de la elasticidad de la caja torácica y esto lleva a una disminución de la capacidad vital y aumento de la resistencia al flujo en las vías aéreas de pequeño calibre.
- e. El aumento del diámetro del tórax antero posterior más la osificación de los cartílagos costales, la horizontalización de las costillas y la rigidez de los músculos intercostales, producen una disminución de la distensibilidad torácica y una mayor utilización del diafragma y de los músculos abdominales ocasionando mayor esfuerzo en los movimientos respiratorios, estos cambios son similares a los producidos en el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

- **Patologías del Sistema Respiratorio.**²⁰

- **EPOC** (enfermedad pulmonar obstructiva crónica):

Es una patología de tipo crónico que afecta las vías respiratorias, la cual puede tener dos presentaciones clínicopatológicas, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, o puede tener un componente mixto.

1. Bronquitis Crónica: se define como la presencia de tos húmeda o seca por más de dos meses. Consiste en la hipersecreción de moco por parte de las glándulas productoras, lo cual produce una disminución del flujo de aire a través de las vías, con una alta predisposición a la sobreinfección bacteriana, la cual es el principal motivo de exacerbación del EPOC. Su principal etiología es atribuida a la exposición al humo de tabaco y leña.

²⁰ Diario medico. Com. En: <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5051,00.html>

Los síntomas de la bronquitis crónica son:

-tos persistente o recurrente con la expectoración blanquecina.

-dificultad respiratoria de pequeños a medianos esfuerzos, de aparición tardía.

-obstrucción bronquial.

2. Enfisema pulmonar: es la disminución de la elasticidad del parénquima pulmonar, asociado al aumento irreversible del tamaño de los bronquios, especialmente los bronquiólos terminales, acompañados de la destrucción de los alvéolos.

Causas del enfisema:

-contaminación con humo de carbón, leña y cigarrillo.

Los síntomas del enfisema son:

-tos persistente casi siempre seca.

-dificultad respiratoria desde su comienzo.

-facies pletórica “persona con la nariz colorada” o soplador rosado.

3.12.3. SISTEMA CARDIOVASCULAR. ²¹

El corazón del anciano tiende a desarrollar arritmias y fallas cardíacas en situaciones de estrés. Las personas mayores, comparativamente con personas más jóvenes, suelen fatigarse antes y con mayor intensidad al realizar actividad física debido, entre otras razones, a que la menor cantidad de sangre bombeada por el corazón permite una menor afluencia del oxígeno a los tejidos del organismo. Entre las causas de esa disminución de la eficiencia cardíaca con la edad se encuentran los cambios estructurales en el corazón y los vasos sanguíneos que reducen la capacidad de bombeo por latido del corazón. Con la edad, las válvulas del corazón se vuelven más gruesas y rígidas, pierden elasticidad y requieren más tiempo para cerrarse (Esclerosis valvular).

- **Patologías del Sistema Cardiovascular.**

-Insuficiencia cardíaca:

Es la incapacidad del corazón para hacer frente en un determinado momento a las necesidades circulatorias de todo el organismo. El síndrome clínico es:

-dificultad para respirar.

- edema en los miembros inferiores.

²¹ RUIPEREZ, Cantera. I y LLORENTE Domingo. P. op cit. p. 270-276.

-ingurgitación yugular.

-signos cardíacos y respiratorios detectados por él médico que examina.

Tipos de insuficiencia cardíaca:

-Insuficiencia cardíaca congestiva: puede deberse a enfermedades previas del corazón, hipertiroidismo, hipertensión arterial, entre otras. El paciente puede notar pulso rápido, disnea, respiración difícil y agitada cuando se hacen esfuerzos que antes no causaban molestias, edema de pies o tobillos, palpitaciones o dolor en el pecho, mareos, insomnio, cambio de carácter, sensación de cansancio.

-Insuficiencia cardíaca izquierda: enfermedad producida o por falla del ventrículo izquierdo o por enfermedad de la válvula mitral, que con el tiempo ocasiona edema pulmonar. También puede ser ocasionada por: hipertensión arterial, enfermedad de la válvula aórtica, enfermedad de las arterias coronarias o enfermedad de la válvula mitral.

Síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda: las venas del cuello se distienden y a medida que progresa el cuadro del paciente se vuelve confuso y estuporoso. La respiración es ruidosa, puede producirse también cianosis y tos que en la insuficiencia cardíaca suele ser no productiva.

-Insuficiencia Cardíaca Derecha: entre sus causas están las enfermedades de la arteria pulmonar así como las enfermedades crónicas del pulmón (enfisema, asma, entre otras). A menudo se debe al fallo del ventrículo izquierdo.

Síntomas de insuficiencia cardíaca derecha: edema de miembros inferiores, especialmente en los tobillos y en la región sacra.

-Distensión de las venas del cuello, con pulso excesivo.

-Agrandamiento del hígado y dolor.²²

Enfermedad Isquémica. Llamada también enfermedad coronaria o coronariopatía, es toda enfermedad cardíaca producida por ateromas (placa de colesterol que se forma dentro de la cavidad de los vasos coronarios), se deposita principalmente en las arterias coronarias, se puede extender a la aorta, las arterias cerebrales y las arterias de los miembros inferiores.

-Causas:

-50% de herencia.

-Con una edad pico a los 60 años.

-Causada por obesidad más común en pacientes con una configuración corporal pequeña.

²² Ibíd., p. 270-276

- Mayor riesgo a pacientes inactivos.

-Hipertensión: -Hombres fumadores de más o menos 20 cigarrillos al día, tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar la muerte por esta causa.

Infarto agudo del miocardio: Es la muerte del músculo cardíaco como resultado del déficit del aporte sanguíneo, producido por la oclusión de una arteria coronaria por trombosis, esta trombosis es generada por un ateroma que se desprende.

-Signos y síntomas:

-Dolor severo y prolongado que no cede con el reposo.

-Choque, se produce por disminución súbita de la presión arterial, acompañada por palidez, frialdad, diaforesis o sudoración profusa, taquicardia y debilidad.

-Insuficiencia cardíaca de predominio izquierdo.

-Arritmias.

-Náuseas y vomito.

Hipertensión arterial²³: Se define hipertensión arterial a la presencia de presión arterial sistólica mayor de 140 mmhg y una diastólica mayor de 90 mmhg.

Se divide en esencial, maligna y secundaria.

²³ Ibíd., p. 270-276.

-Hipertensión arterial Esencial: ocurre en el 90% de los pacientes hipertensos, es de evolución lenta, el paciente puede vivir por décadas si se hace un adecuado control.

Su causa es desconocida pero depende de factores como:

-genético

-emociones intensas

-factores psicógenos como estrés

-factores neurogénicos

-factores dietéticos

-factores hormonales

-factores renales

- Hipertensión arterial secundaria: la padece el 10% de los pacientes hipertensos y puede ser producida por:

-Enfermedad renal

-Estados tóxicos como: toxemia del embarazo, intoxicación por plomo.

-Administración de esteroides.

- **Hipertensión Maligna:** la padecen el 1% de los pacientes hipertensos, se presenta principalmente en hombres jóvenes con presiones de 140 mmhg/ sistólica. Su evolución es rápida se acompaña de insuficiencia renal y se puede presentar en menos de un año con todos los síntomas.

Síntomas.

No causa sintomatología, la mayoría de las veces se descubre accidentalmente o por los síntomas producidos por las complicaciones.

Signos

-pulso saltón.

-aumento del tamaño del corazón.

-sonidos cardíacos anormales.

-soplos.

-latidos fuertes en la punta del corazón.

3.12.4. SISTEMA GASTROINTESTINAL²⁴:

Al envejecer se producen una serie de cambios anatómicos y funcionales, tanto en el tracto gastrointestinal como en el hígado, las vías biliares y el páncreas. Los cambios

²⁴ Ibíd., p. 58.

funcionales pueden afectar a la función motora, secretora, absorptiva o a todas ellas. En general el tránsito de los alimentos se endentece, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento.

El hígado reduce su tamaño a partir de los 50 años de edad el flujo sanguíneo disminuye y se altera el metabolismo hepático de muchas sustancias, entre ellas los fármacos lo que puede aumentar sus niveles y el tiempo de permanencia en el organismo.

Patologías del sistema gastrointestinal:

- **Sangrado Gastrointestinal:** Este tipo de sangrado se divide para fines prácticos en sangrado de vías digestivas altas y bajas, teniendo como referencia anatómica el ángulo de treíz.

- **Hemorragias de vías digestivas altas:** Este sangrado se reconoce por la presencia de sangre roja rutilante en vómitos (hematemesis) y de sangre negra vía rectal (melenas).

Las principales causas de este sangrado son:

-gastritis erosiva

-ulcera péptica perforada

-cáncer de estómago, entre otras

- **Sangrado intestinal Bajo:** es la presencia de sangre roja por vía rectal (rectorragia). Generalmente es causado por cáncer de colon y diverticulitis.

3.12.5. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Enfermedad de Parkinson.²⁵

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central cuya principal característica es la muerte progresiva de neuronas en una parte del cerebro denominada sustancia negra pars compacta. La consecuencia más importante de esta pérdida neuronal es una marcada disminución en la disponibilidad cerebral de dopamina, principal sustancia sintetizada por estas neuronas, originándose una disfunción en la regulación de las principales estructuras cerebrales implicadas en el control del movimiento.

El temblor parkinsoniano es rítmicamente rápido y usualmente se manifiesta en manos, tobillos y/o cabeza. Este temblor es primordialmente de reposo, con tendencia a desaparecer con los movimientos voluntarios. La segunda característica de la enfermedad de Parkinson es la rigidez muscular, que tiene las propiedades de rueda dentada y produce un aumento de tono muscular predominantemente en los músculos flexores.

²⁵ ARDILA Alfredo y ROSSELLI Mónica. La vejez, neuropsicología del fenómeno de envejecimiento. Medellín: Prensa creativa. 1986, p. 77.

Las dificultades motoras del paciente parkinsoniano se manifiestan en aquinesia que consiste en la dificultad para iniciar o terminar un movimiento y en bradiquinesia que se relaciona con la lentitud en la ejecución del mismo el paciente da la impresión de debilidad y letargia, con una cara de mascara carente de expresión facial. La voz pierde su entonación y prosodia, y aparece un lenguaje disartrico.

Demencia²⁶:

Es el declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo de funcionamiento del paciente determinado por la historia de declive, y por las alteraciones apreciadas en el examen clínico y mediante test neuropsicológicos. Un diagnóstico de demencia no se puede realizar cuando el nivel de conciencia está alterado por delirium, estupor o coma, o cuando otras alteraciones impiden el adecuado examen del estado mental. El diagnóstico de Demencia es conductual y no se determina por la TC, el EEG u otras pruebas de laboratorio, aunque ciertas causas específicas de demencia pueden ser identificadas por estos medios (McKhann y Cols., 1984).

El termino de demencia como pérdida intelectual se contrapone al retardo mental, en el cual el intelecto nunca fue normal. Los criterios DSM-III-R de demencia son los siguientes:

- Pruebas evidentes de deterioro de la memoria a corto y largo plazo. El deterioro de la memoria a corto plazo (incapacidad para aprender nueva información) se manifiesta a través de la incapacidad de recordar el nombre de tres objetos al

²⁶ JUNQUÉ, Carme y JURADO, M. Ángeles. Envejecimiento y Demencias. Barcelona: Martínez Roca, 2000, p. 43.

cabo de cinco minutos. El deterioro de la memoria a largo plazo (incapacidad para recordar una información que era conocida en el pasado) se manifiesta a través de la incapacidad para rememorar hechos del propio pasado del sujeto (por ejemplo, lo que le ocurrió ayer, lugar de nacimiento, profesión) o hechos conocidos por todos (por ejemplo, presidentes anteriores, fechas señaladas).

➤ Al menos uno de los siguientes síntomas:

- 1) Deterioro del pensamiento abstracto, manifestado por la incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias entre palabras relacionadas entre sí, dificultad en la definición de palabras y conceptos, así como en otras tareas similares.
- 2) Deterioro de la capacidad de juicio, indicado por incapacidad de tomar medidas razonables en cuanto a cuestiones y problemas relacionados con el trabajo o el contacto interpersonal y familiar.
- 3) Otros trastornos de las funciones corticales posteriores como afasia (trastorno del lenguaje), apraxia (incapacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de que la comprensión y la función motora están intactas), agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial se halla intacta) y “dificultades constructivas” (por ejemplo, incapacidad para copiar figuras tridimensionales, ensamblaje de bloques, o poner palillos en orden de acuerdo con modelos específicos).
- 4) Modificaciones en la personalidad (alteración u acentuación de los rasgos premórbidos).

- La alteración en A y B interfiere de forma significativa en las actividades laborales o sociales habituales, o en las relaciones con los demás.
- No aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.
- Además 1) o 2):
 - 1) Demostración a través de la historia, el examen físico, o las pruebas de laboratorio, de una causa (o factor) orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración;
 - 2) En ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico (por ejemplo, una depresión mayor que fuera responsable del deterioro cognitivo).

-Clasificación de las Demencias²⁷.

Las demencias pueden ser clasificadas según diferentes criterios: la edad de inicio, la etiología, los signos neurológicos acompañantes o si son o no tratables. La clasificación más antigua divide las demencias en **seniles** y **preseniles**. Hoy, sin embargo se considera que la demencia **presenil** y la demencia **senil** tipo Alzheimer son una sola entidad. Algunos autores consideran que la demencia presenil de Alzheimer es idéntica

²⁷ *Ibíd.*, p. 48.

a la senil aunque usualmente tiene un curso más progresivo y con peor pronóstico, al igual que las formas de inicio temprano de otras enfermedades.

Una de las patologías del sistema nervioso asociadas con la vejez es la demencia. Los procesos técnicos y científicos han llevado a un aumento cada vez mayor de la duración promedio de vida, lo cual implica una mayor probabilidad en la satisfacción de las enfermedades propias de las épocas tardías, como es el caso de la demencia. La demencia es una enfermedad que produce la pérdida progresiva de las funciones cognoscitivas, incluyendo atención, memoria, aprendizaje y capacidad de razonamiento.

La instalación relativamente rápida que se encuentra en diversos tipos de demencia, contrasta con el deterioro lento y progresivo que se observa en el envejecimiento normal y lleva a considerar como una enfermedad patológica, la demencia no se encuentra entonces asociada con el envejecimiento normal. Los estudios sobre diferentes tipos de demencias muestran que efectivamente es posible hallar en ellas causas patológicas reconocibles como, accidentes isquémicos en la demencia multi-infartos, infecciones virales en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, deficiencia de dopamina en la enfermedad de Parkinson, cambios metabólicos en otros cuadros demenciales, etc.

Clásicamente se considera a la demencia como una enfermedad progresiva e irreversible sin posibilidades de tratamiento. Hoy en día sin embargo se piensa que la demencia es un concepto clínico que puede tener diversas etiologías, algunas de ellas con posibilidades de tratamiento. De allí que el termino reversible sea aplicable a algunos cuadros demenciales si se les otorga tratamiento oportuno.

Para el médico es muy fácil hacer el diagnóstico cuando el paciente presenta cambios obvios en el comportamiento. El diagnóstico precoz es por el contrario difícil y exige un estudio neurológico y neuro-psicológico adecuado. Es importante además tener en cuenta la técnica de laboratorio neuro-radiológicas (de preferencia la escenografía cerebral) y neuro-fisiológicas para determinar la etiología de deterioro mental.

Ardila y Rosselli citan a Gurland y Toner, quienes ofrecen 3 criterios diagnósticos más simples:

1. La presencia de una aliteración global de las funciones intelectuales.
2. Este deterioro intelectual debe ser gradual y ocurrir únicamente después de haberse logrado una madurez en las funciones cognitivas y debe asociarse además con otros signos demenciales.
3. El diagnóstico de demencia no puede hacerse exclusivamente desde la base de un déficit cognoscitivo, sin que también requiera un análisis minucioso de la historia clínica del paciente y de las características de instalación del proceso demencial.²⁸

Enfermedad de Alzheimer²⁹.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno progresivo del cerebro, caracterizado por cambios degenerativos de las células nerviosas corticales y de las terminaciones

²⁸ *Ibíd.*, p. 45.

²⁹ARDILA, Alfredo y ROSSELLI Mónica. *Op cit.*, p. 54.

nerviosas cerebrales. Este proceso produce un deterioro irreversible de la memoria y la destrucción de las funciones intelectuales. La causa que la produce es desconocida, las causas más barajadas son enfermedad auto inmune, virales, genética y deficiencia neurotransmisora.

El factor principal de riesgo es la edad, el comienzo es insidioso, puede afectar a individuos de hasta 40 años, la enfermedad va progresando hasta la total incapacidad. Por su frecuencia y por las posibles consecuencias que acarrea en el plano familiar, personal y social, la enfermedad de Alzheimer es la patología degenerativa más importante, así mismo es la causa más frecuente de demencia. Su prevalencia se incrementa en relación directa con la edad; es muy rara antes de los cuarenta años, la padecen aproximadamente el 3% de las personas mayores de 65 años y casi el 50% de los mayores de 85 años.

-Los estadios: la aparición de la gravedad de los signos y síntomas varía entre individuos, esta caracterizada por la pérdida de la memoria, el deterioro intelectual y el cambio de personalidad. Se clasifica en tres estadios: *inicial, fase media y final*.

Los indicadores iniciales son leves, pero el principal signo es la pérdida de la memoria a corto plazo, el diagnóstico puede tardar años e incluso diagnosticarse en la siguiente etapa de la enfermedad. En el estadio medio, el paciente tiene problemas para reconocer objetos y cosas, para realizar actividades o para poner en marcha destrezas que antes tenía o para comunicarse. En el estadio final están ausentes de memoria y de capacidad intelectual. El paciente se encuentra en estado vegetativo.

Temblor:

Se divide en dos categorías:

Temblor hereditario: Se puede presentar en jóvenes es muy rápido pero leve. No tiene cura.

Temblor senil: Se presenta en personas mayores, es un poco más fuerte y se presenta en la parte superior del cuerpo; no tiene cura. Puede progresar hasta hacer movimiento gutural y grumiación.

➤ **Alteraciones Psíquicas³⁰:**

-Depresión.

Según el manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la OMS (Organización Mundial de la Salud), dentro de los 'Trastornos del estado de ánimo' se encuentra la depresión conjuntamente con 'el trastorno depresivo mayor, episodio único y recidivante'. Por otro lado el manual considera los 'Trastornos de ansiedad' dentro del cual se encuentran entre otros la "crisis de angustia" o "ansiedad generalizada".

Para muchos profesionales, tanto la ansiedad como la depresión son consideradas de gran importancia debido a que se trataría de los dos más comunes motivos de consulta en el ámbito 'psi' (psicológico, psiquiátrico, etc). Desde esta perspectiva la ansiedad

³⁰ www.who.org: Portal de la Organización Mundial de la salud (OMS). En: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV)

esta relacionada con sensaciones angustiosas y la depresión con la tristeza. Según esta concepción ambas entidades, aparecen como sentimientos que se encuentran íntimamente relacionados, llegando a considerar que los trastornos de ansiedad anteceden casi siempre a un episodio depresivo. De esta manera se piensa que la depresión termina siendo la culminación de un estado de ansiedad previo. Según otro importante número de teóricos, tanto la depresión como la ansiedad, no son entidades que puedan diagnosticarse por si solas. Serían estados afectivos que acompañarían diferentes posicionamientos clínicos.

El psicoanálisis se enmarcaría dentro de los que plantean estas posturas, no considerando a la depresión ni a la ansiedad como entidades clínicas. Para el psicoanálisis entonces referirse a la depresión evita plantear el diagnóstico en términos de estructura subjetiva. Se trata de un 'real' que insiste en ser interrogado, y que plantea llevar la percepción angustiosa de "aquello que no anda", hacia la posible interrogación subjetiva. Si bien se utiliza psicoanalíticamente la denominación depresiva, no se usa con espíritu diagnóstico. Salvo cuando la referencia es hacia la psicosis maníaco-depresiva, o en la melancolía.

3.12.6. SISTEMA OSTEOMUSCULAR³¹.

Este sistema es uno de los más afectados en la vejez, con cambios fisiológicos y patologías que tienen repercusiones en la calidad de vida que van desde leves hasta severos.

³¹ RUIPEREZ, Cantera. I y LLORENTE Domingo. P. op cit. p. 57.

Cambios fisiológicos:

El principal cambio que se presenta es la atrofia muscular, con repercusiones en la marcha y postura, seguido de la pérdida de la densidad ósea, que es mucho más marcada en el sexo femenino, por la influencia negativa de la depleción de los estrógenos durante la menopausia, provocando osteoporosis y ésta a su vez posibles fracturas con facilidad.

- **Osteoartrosis o artrosis:** es el desgaste del cartílago articular que ocasiona dolor y/o disminución funcional de la articulación, las principales articulaciones afectadas son: rodilla y cadera.

-**Lumbalgia mecánica:** es un dolor de origen muscular o ligamentoso que se presenta con máxima incidencia a partir de la quinta década, ocasionada por el trauma acumulativo de mala higiene hábitos posturales.

3.12.7. SISTEMA URINARIO³².

La efectividad de los riñones disminuye con la edad debido a una pérdida tanto de manera renal como del número de unidades del funcionamiento excretor. La reducción de elementos funcionales renales junto a una disminución del riesgo arterial renal implica un menor ritmo de la actividad de filtración, excreción y absorción y conlleva

³² IZAL María y MONTORIO Ignacio. op cit p. 44.

ritmos menores en el proceso excretor. Uno de los efectos más importantes es la menor capacidad del organismo para eliminar eficientemente la medicación que tiende a acumularse, pudiendo llegar incluso hasta niveles tóxicos.

Por otra parte los efectos del envejecimiento sobre la continencia urinaria son significativos. Las personas de edad avanzada experimentan una reducción en la cantidad total de orina que pueden almacenar hasta tener la sensación de que necesitan evacuar. También retienen más orina después de intentar vaciar. Estos cambios se relacionan con una pérdida de capacidad de la vejiga puede reducirse hasta la mitad, y con la disminución del tono muscular y la elasticidad del tejido conectivo de las estructuras urinarias. Además, es frecuente que las personas mayores no tengan la sensación de que la vejiga debe serviciada hasta que esta casi completamente llena.

3.12.8. SISTEMA REPRODUCTIVO³³.

Las principales alteraciones que se pueden presentar en este sistema durante la vejez están relacionadas con el climaterio tanto femenino como masculino.

-Menopausia: teóricamente se define como la ausencia de la menstruación, aunque a nivel fisiológico implica el cese de la producción de estrógenos por parte de los ovarios, que se presenta con múltiples manifestaciones clínicas como son: insomnio, irritabilidad, oleadas de calor, dispareunia, resequedad de piel y a nivel vaginal, entre otras sintomatologías.

-Climaterio masculino: en los hombres existen menos cambios anatómicos, pero los cambios fisiológicos son importantes.

³³ RUIPEREZ, Cantera. I y LLORENTE Domingo. P. Op cit. p. 59-60

*La erección es más lenta, disminuye la sensibilidad peneana, el tamaño testicular y el ascenso con la erección.

*Aumenta el período refractario post-erección, la eyaculación se retrasa y el volumen de esperma se reduce.

*El aumento de la próstata, en relación directamente proporcional a la edad, puede dificultar el drenaje de la orina al exterior.

3.13. MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES: HIGIENE, SUEÑO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS.

“Con el fin de preservar la salud en los A.M. se deben seguir algunas recomendaciones básicas:

3.13.1. LA HIGIENE:

El aseo diario es muy importante como una forma de mejorar la apariencia individual y mejorar la autoestima. Debe ser realizado por la misma persona se está en capacidad de hacerlo, pues esto permite su independencia y autonomía, elementos esenciales para el autoconcepto.

- El baño diario debe hacerse en todo el cuerpo. El agua debe estar a la temperatura adecuada. Ni muy caliente ni muy fría.

- Las manos deben lavarse con frecuencia especialmente antes de las comidas y después de ir al baño.

- Las uñas de manos y pies deben permanecer limpias y deben ser cortadas periódicamente en forma recta, teniendo en cuenta cuidado de no lastimarse.

- Los pies deben asearse todos los días eliminando las callosidades. El cambio de medias debe ser frecuente y el secado debe ser total especialmente entre los dedos para evitar la aparición de hongos.

- La higiene bucal es fundamental e incluye la limpieza de los dientes y el aseo y mantenimiento de prótesis (cajas), en caso de tenerla.

- En cuanto al vestido debe mantener ropa limpia y ordenada y evitar el uso de ropa ajustada para una correcta circulación sanguínea. Es importante tener en cuenta que las personas mayores tienen dificultad para conservar la temperatura corporal; por lo tanto, deben estar bien abrigadas de acuerdo con el clima.

3.13.2. EL SUEÑO:

Es muy importante conservar hábitos del sueño para lograr el descanso y poder realizar las actividades cotidianas. Las siguientes recomendaciones pueden ayudar a mejorar el sueño:

- Levantarse a la misma hora.

- Realizar ejercicio diario en las mañanas.

- Restringir o abolir el consumo de alcohol, de cigarrillo y café.

- No llevar los problemas a la cama.

- Evitar dormir durante el día.

- Si después de treinta minutos no ha conciliado el sueño, realizar alguna actividad como: leer, ver televisión, escuchar música, hasta sentir sueño.

- Dormir donde se encuentre más cómodo.

- Tomar un baño tibio antes de acostarse.

- Preparar el ambiente con condiciones adecuadas como la luz, el ruido, la temperatura, entre otras.”³⁴

“Algunos investigadores reconocen cuatro etapas del sueño, en tanto que otros dicen que existen cinco etapas. Algunos consideran los primeros cinco a diez minutos cuando se concilia el sueño como una etapa en el ciclo de sueño. No obstante, esta etapa es simplemente una fase de transición. Las otras etapas del sueño se repiten a lo largo de la noche, esta fase del sueño no se repite.

Etapa 1: En esta etapa del sueño, los ojos se mueven errática y rápidamente. Habitualmente llamado sueño REM (Random Eye Movement, Movimiento Aleatorio de Ojos), esta etapa ocurre aproximadamente de 90 a 100 minutos después de la iniciación del sueño. La presión sanguínea sube, la respiración y el ritmo cardiaco se aceleran acelera y llegan a ser erráticos. Sus músculos voluntarios se encuentran paralizados. A esta etapa también se le conoce como sueño Delta y es la parte más restauradora del sueño. Es también la etapa en donde ocurren la mayoría de los sueños.

³⁴ IBID,

Etapas 2: Se entra en un sueño liviano. Esta etapa es caracterizada por los movimientos no-rápidos de los ojos (NREM), relajación de los músculos y ritmo cardiaco bajo. El cuerpo se prepara para entrar en el sueño profundo.

Etapas 3 y 4: También caracterizado por NREM, estas dos etapas involucran períodos de sueño profundo, siendo más intensivo en la Etapa 4 que en la 3. La temperatura del cuerpo baja y los músculos se relajan. Se encuentra completamente dormido. Estas etapas se repiten a lo largo del sueño de una noche.”³⁵

Según Dr. James J. Wellman, Miembro del Consejo Americano de Medicina del Sueño, el sueño REM o MOR, se caracteriza por un movimiento ocular rápido (REM en inglés) es la fase del sueño durante la que suceden los sueños más intensos. Durante esta fase, los ojos se mueven rápidamente y la actividad de las neuronas del cerebro se asemeja a las de cuando se está despierto. Es el sueño más ligero; los individuos despertados durante el sueño REM se sienten alerta y descansados.

La Apnea del Sueño

“La apnea del sueño es una condición seria, potencialmente mortal y que es mucho más frecuente de lo que se cree. Se produce en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Es más frecuente en los hombres, aunque puede estar poco diagnosticada en las

³⁵ /www.simmons.com.mx/etapas.htm

mujeres y en los afro americanos jóvenes. Se calcula que 18 millones de estadounidenses tienen apnea del sueño.

Es importante diagnosticar y tratar a tiempo la apnea del sueño, ya que se asocia con lo siguiente:

- Latidos irregulares del corazón.
- Presión alta de la sangre.
- Ataque al corazón.
- Apoplejía (Embolia cerebral).

¿Cuáles son los diferentes tipos de apnea del sueño?

La apnea del sueño es un trastorno respiratorio que se caracteriza por breves interrupciones de la respiración durante el sueño. Existen dos tipos de apnea del sueño:

- Central - se produce cuando el cerebro no es capaz de enviar las señales apropiadas a los músculos para iniciar la respiración. La apnea del sueño central es menos frecuente que la apnea del sueño obstructiva.
- Obstructiva - se produce cuando el aire no puede pasar por la nariz o la boca de la persona hacia o desde el exterior, a pesar de que los esfuerzos por respirar continúan.

¿A quién afecta la apnea del sueño?

La apnea del sueño parece afectar a algunas familias, lo cual sugiere una posible base genética. Las personas más propensas a tener o desarrollar apnea del sueño incluyen los que:

- Roncan sonoramente.
- Tienen sobrepeso.
- Tienen la presión de la sangre alta.
- Tienen alguna anomalía física en la nariz, la garganta u otras partes de las vías respiratorias altas.

El consumo de alcohol y el uso de pastillas para dormir aumenta la frecuencia y la duración de las pausas en la respiración de las personas con apnea del sueño.

¿Cuáles son las características de la apnea del sueño?

La apnea del sueño se caracteriza por una serie de pausas involuntarias de la respiración o "eventos apneicos" durante el sueño en una sola noche -- pueden producirse de 20 hasta 30 o más eventos cada hora. Estos eventos están casi siempre acompañados por ronquidos entre los episodios de apnea (aunque no todas las personas que roncan tienen apnea del sueño). La apnea del sueño se puede caracterizar también por sensación de asfixia. Las interrupciones frecuentes del sueño profundo y reparador provocan a menudo dolores de cabeza por las mañanas y sueño excesivo durante el día.

Durante el evento apneico, la persona es incapaz de inspirar el oxígeno y exhalar el dióxido de carbono, y como consecuencia en su sangre hay concentraciones bajas de oxígeno y altas de dióxido de carbono. La disminución del oxígeno y el aumento del dióxido de carbono avisa al cerebro que debe reanudar la respiración, con lo que la persona se despierta. Cada vez que el individuo despierta, se manda una señal desde el cerebro a los músculos de las vías respiratorias altas para que abran la vía aérea; la respiración se reanuda, a menudo con un sonoro ronquido o un jadeo. El despertar frecuentemente, aunque es necesario para que se reinicie la respiración, impide que la persona tenga un sueño profundo y reparador.

¿Cuáles son las causas de la apnea del sueño?

Ciertos problemas mecánicos y estructurales de las vías respiratorias provocan las interrupciones de la respiración durante el sueño. La apnea se produce en los siguientes casos:

- Cuando los músculos del paladar blando de la base de la lengua y la úvula se relajan y se hunden, la vía respiratoria queda bloqueada, haciendo la respiración laboriosa y ruidosa o incluso deteniéndola totalmente.

- En las personas obesas, cuando un exceso en la cantidad de tejido en la vía aérea la hace más estrecha.

- Con una vía aérea estrecha, la persona continúa esforzándose por respirar, pero el aire no puede pasar con facilidad a través de la nariz o la boca.

¿Cómo se diagnostica la apnea del sueño?

El diagnóstico de la apnea del sueño no es fácil, debido a que puede haber diferentes causas. Los médicos de atención primaria, los neumólogos, los neurólogos y otros médicos especializados en trastornos del sueño pueden intervenir en la realización de un diagnóstico definitivo y en el establecimiento de un tratamiento. Existen varios exámenes para valorar si una persona padece apnea del sueño, incluyendo los siguientes:

- Polisomnografía - examen que registra diversas funciones del cuerpo durante el sueño, como la actividad eléctrica del cerebro, el movimiento de los ojos, la actividad de los músculos, la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el flujo de aire y las concentraciones de oxígeno en la sangre.
- Prueba de Latencia Múltiple del Sueño (su sigla en inglés es MSLT) - examen que mide la velocidad con que una persona se queda dormida. Las personas sin trastornos del sueño suelen tardar un promedio de entre 10 y 20 minutos en quedarse dormidas. Las personas que se quedan dormidas en menos de cinco minutos es probable que necesiten algún tipo de tratamiento para los trastornos del sueño.

los exámenes de diagnóstico suelen realizarse en un centro del sueño, pero las nuevas tecnologías pueden permitir que se realicen algunos estudios en la casa del paciente.

¿Cómo se trata la apnea del sueño?

El tratamiento específico será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

- Su edad, su estado general de salud y su historia médica.

- Que tan avanzada está la enfermedad.
- Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.

- Sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad.

- Su opinión o preferencia.

Los medicamentos no son generalmente eficaces en el tratamiento de la apnea del sueño. La terapia de la apnea del sueño se diseña específicamente para cada paciente, y puede incluir lo siguiente:

- la administración de oxígeno puede resultar beneficiosa y segura para ciertos pacientes, aunque no elimina la apnea del sueño ni evita la somnolencia diurna. Su papel en el tratamiento de la apnea del sueño es polémica.

- Los cambios en la conducta constituyen una parte importante del programa de tratamiento, y en los casos leves de apnea del sueño puede ser suficiente con la terapia de la conducta. Se le puede aconsejar al paciente:
 - Que evite el consumo de alcohol.
 - Que evite el uso del tabaco.
 - Que evite el uso de pastillas para dormir.
 - Que pierda peso si es obeso (incluso una pérdida de tan sólo un 10 por ciento del peso puede reducir el número de eventos de apnea en la mayoría de los pacientes).
 - Que utilice almohadas o alguna otra cosa que le permita dormir de lado.

- Terapia Física o Terapia Mecánica: La presión positiva continúa en la vías respiratorias (su sigla en inglés es CPAP) es un procedimiento en el que el paciente se pone una mascarilla sobre la nariz mientras duerme y un aparato le introduce aire a presión a través de la nariz.

- Los aparatos dentales que vuelven a colocar en su sitio la mandíbula inferior y la lengua son útiles en algunos pacientes con apnea del sueño leve, o que roncan pero no tienen apnea.

- Cirugía: Algunos pacientes con apnea del sueño pueden necesitar una operación. Entre los procedimientos quirúrgicos se incluyen los siguientes:
 - Intervenciones quirúrgicas tradicionales para extirpar los adenoides, las amígdalas, los pólipos nasales u otros tumores de las vías aéreas y para corregir las deformidades estructurales.
 - Uvulopalatofaringoplastia (su acrónimo en inglés es UPPP) - un procedimiento que se utiliza para extirpar el exceso de tejido de la parte posterior de la garganta (las amígdalas, la úvula o campanilla y parte del paladar blando).
 - La reconstrucción quirúrgica de las deformidades de la mandíbula inferior puede ser útil en algunos pacientes.
 - Las intervenciones quirúrgicas para tratar la obesidad se recomiendan en ocasiones a pacientes con apnea del sueño que padecen obesidad patológica.”³⁶

³⁶ www.healthgate.parthers.org

3.13.3. EL INSOMNIO:

“El insomnio es el problema de sueño más común entre los adultos en este país. En las encuestas más recientes de la NSF, más del 50% de los estadounidenses dice haber experimentado síntomas de insomnio por lo menos un par de veces a la semana. En épocas de estrés, pérdida o cambio, el insomnio puede afectar nuestro sueño aún más.

El insomnio es síntoma o dolencia de sueño insuficiente, intranquilo, de mala calidad, o no restaurador. Es importante conocer el tipo y la causa del insomnio. Esto ayuda a identificar la forma más eficaz de tratar y manejar el insomnio.

TIPO Y DURACIÓN

Agudo

Transitorio: algunas noches cada semana

Corto plazo: 1-2 semanas

Causa: Estrés, ansiedad o cambio debido a la pérdida de un ser querido o un trabajo; un problema de salud, trabajo o personal; y/o un suceso especial o trágico

Crónico

1 mes (por lo menos 3 noches por semana)

Causa: Una condición médica o física subyacente o asociada, incluyendo otros desórdenes del sueño o una condición psiquiátrica, especialmente la depresión;

medicamentos; malos hábitos de salud y de sueño; condiciones ambientales en que se duerme.

Primario

1 mes

Causa: Ninguna condición subyacente conocida o asociada; la persona puede estar más expuesta a desvelarse o tener estrés crónico

Algunas personas que sufren de insomnio agudo adquieren malos hábitos de sueño y podrían acostumbrarse a, o seguir experimentando, insomnio. Esto también los expone a la depresión. Se estima que entre el 10 y el 15% de la población adulta tiene insomnio crónico y/o grave.

El insomnio también puede ser intermitente, ocurriendo con menor o mayor frecuencia durante una época más larga de tiempo. El insomnio sin tratamiento puede resultar en somnolencia durante el día, deterioro del ánimo, dificultades con la memoria, mal rendimiento, manejar con sueño, accidentes, enfermedad, e incapacidad para disfrutar la vida.

Conviene llevar un diario sobre el sueño, donde nota a qué hora se duerme y se levanta, y qué actividades realiza durante el día. Es importante identificar la causa subyacente de su insomnio, y el diario ayuda a reunir datos. Use el diario sobre el sueño cuando consulta al médico sobre su sueño y otros problemas.

El tratamiento y manejo del insomnio combina medicamentos con mejoras en los hábitos de salud y el dormir. Para el tratamiento de insomnio agudo o intermitente, por lo comúnmente se suele recetar medicamentos para dormir. Los hipnóticos son medicamentos con receta que promueven y ayudan a mantener el sueño. Son eficaces y no peligrosos, especialmente si se combinan con buenas costumbres de salud y el dormir. Tienen pocos efectos secundarios.

Los medicamentos para promover el sueño que se compran sin receta pueden no ser tan eficaces ni tan seguros, porque no se les somete a las mismas pruebas rigurosas que las medicinas con receta. Los remedios sin receta pueden tener analgésicos o antihistamínicos; estos últimos se usan para resfríos o alergias, pero muchas veces tiene efectos sedantes.

- Buenas costumbres de salud que promueven (o fomentan) el sueño.

- *Evitar la nicotina y el alcohol.*

- Evitar la cafeína cerca de la hora de acostarse.

- *Hacer ejercicio, pero por lo menos de 3 a 6 horas antes de acostarse*

- No acostarse demasiado satisfecho ni con mucha hambre.

Buenas costumbres de dormir que fomentan o promueven el sueño:

- Establezca una hora fija para dormirse y para despertarse todos los días. Haga algo relajante antes de acostarse. Evite las tareas que le ponen muy atento/a, que "movilizan" su cerebro, o que son estresantes, al acercarse la hora de dormir.
- Mantenga su dormitorio o recámara fresco, oscuro, y sin ruidos.
- En su cama, utilice un colchón y una almohada que le brindan apoyo y confort.

Si se encuentra con síntomas de insomnio, para ayudarle a lograr conciliar el sueño:

Use la cama únicamente para dormir y para tener relaciones sexuales.

- *El manejo del estrés incluye* .ejercicios de relajación tales como escuchar una cinta calmante, la meditación, apuntar las cosas que le preocupan, imágenes guiadas, o terapia de retroalimentación biológica.

- Tras 15 minutos de *no poder dormir o si despierta con frecuencia durante la noche* levántese de la cama, vaya a otra habitación y haga algo que lo haga relajarse.

- *Si se duerme y se despierta demasiado temprano* trate de exponerse a luz brillante en la noche hasta estar listo para acostarse.

- *Si no duerme lo suficiente* limite su uso de la cama a las horas que logra dormir. Poco a poco, vaya aumentando ese tiempo, acostándose más temprano. Aumente el tiempo hasta lograr un sueño satisfactorio y continuo por todo el tiempo que está en cama.

La gente que experimenta síntomas de insomnio dice:

- que tiene dificultad para dormirse

- que se despierta con frecuencia durante el sueño

- que se despierta demasiado temprano y no puede volver a dormirse

- que amanece sin sentirse descansado

Entre los que están más expuestos al insomnio figuran:

- Las mujeres
- La gente de mayor edad
- Los que tienen una condición médica
- Gente con dolencias psiquiátricas, especialmente la depresión
- Trabajadores en turnos

Aprenda todo lo que pueda sobre el insomnio.

Una noche completa de sueño no interrumpido es esencial para su productividad, salud, seguridad, y bienestar general³⁷.

3.13.4. NARCOLEPSIA

”La narcolepsia es un trastorno que se caracteriza por tendencias del sueño anormales en las que se incluye una excesiva somnolencia durante el día, la alteración del sueño nocturno y manifestaciones alteradas de la fase REM del sueño. La narcolepsia también se caracteriza por las alucinaciones durante el periodo de sueño-vigilia.

Causas: Los científicos no han logrado aún determinar cuales son las causas de este trastorno, sin embargo se ha mencionado que la menstruación, el estrés, los cambios súbitos del ritmo vigilia-sueño, algunas infecciones como la mononucleosis infecciosa y los traumatismos craneales podrían ser algunos de los desencadenantes de esta enfermedad. Asimismo, se trata de una enfermedad familiar, de probable origen genético.

Personas que la padecen

Esta enfermedad afecta a una de cada 2.000 personas y aparece tanto en hombres como en mujeres. Se caracteriza por la aparición de somnolencia crónica diurna excesiva, comparable e incluso superior a la del que sufre apnea del sueño severa.

³⁷ www.sid.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia23.pdf

Suele aparecer en la segunda o tercera década de la vida y acompañarse de crisis de cataplejía que pueden confundirse con epilepsia.

Síntomas

- Periodos excesivos de sueño durante el día.
- Pérdida de las funciones motoras de los músculos.
- Propensión a caer dormido en cualquier lugar.
- Alucinaciones vívidas mientras duran los periodos de sueño características de los episodios

Estos ataques pueden aparecer en cualquier momento y en cualquier lugar. Por ello, a las personas que sufren narcolepsia no se les recomienda que realicen viajes largos, que desempeñen trabajos en los que utilicen máquinas peligrosas y que procuren descansar durante cortos periodos al día, así como dormir la siesta.

Asimismo, los estadios de sueño pueden durar minutos o, incluso, una hora, dependiendo de si la postura es cómoda o no. Posteriormente al ataque el individuo se levanta descansado hasta que le sobreviene otro.

Por otra parte, si la persona desempeña actividades monótonas como leer, ver la televisión, ir en autobús, escuchar música o después de una comida copiosa los ataques se repiten de modo más frecuente. La risa prolongada también puede provocar un nuevo episodio.

Tratamiento

Los tratamientos básicos para combatir la narcolepsia se basan en anfetaminas o fármacos similares. Estas sustancias pueden causar hipertensión, alterar el ritmo cardiaco y provocar ansiedad, además de originar cierta dependencia. De este modo, se genera un cuadro de síntomas secundarios por lo que el paciente suspende el tratamiento.

Actualmente, existe otro fármaco, el modafinil, que constituye un tratamiento seguro y eficaz para los pacientes con esta enfermedad y además no provoca dependencia. Sin embargo, este fármaco presenta algunas contraindicaciones, como la interacción con los anticonceptivos orales, por lo que hay que tener precaución cuando se administra a mujeres.

Asimismo, es aconsejable que las personas que sufren narcolepsia tomen descansos de 15 minutos durante el día y eviten consumir comidas pesadas. El descanso nocturno debe ser suficiente para evitar la descompensación en el ciclo del sueño.

Otros componentes

Otro de los componentes de la narcolepsia es la parálisis del sueño que consiste en episodios transitorios en los que la persona pierde la capacidad para moverse o hablar y generalmente ocurren durante el periodo de transición entre la vigilia y el sueño. Como el paciente no puede mover las extremidades ni abrir los ojos, le provoca mucha ansiedad y miedo. Sin embargo, aunque estos episodios pueden durar hasta diez minutos, terminan espontáneamente.

Si además, a la parálisis del sueño se unen alucinaciones hipnagónicas, que son experiencias perceptivas vívidas y que suelen ocurrir al inicio del sueño, la sensación de miedo y ansiedad se intensifica. Durante estas alucinaciones se tiene la impresión real de que algo o alguien está presente y pueden ser de tipo visual, táctil, motora o auditiva.”³⁸

3.13.5. BRUXISMO

“El bruxismo o bruxomanía es una actividad nocturna y no funcional de los músculos de la masticación. Los músculos de la masticación son muy poderosos y su función consiste en actividades como masticar, hablar o deglutir, sin embargo también intervienen en actividades consideradas no funcionales pudiendo realizarse durante el día como chuparse el dedo, rechinar los dientes, morderse la lengua o cualquier hábito

³⁸ www.institutodelsueño.cl/narcolepsia

fuera de las acciones funcionales, todas estas actividades tienen en común que suelen realizarse de forma inconsciente. Entre las actividades no funcionales nocturnas la más importante es el bruxismo. Es por tanto un movimiento nocturno, inconsciente, intenso y rítmico de los músculos de la masticación.

El bruxismo es muy frecuente en los niños (bruxismo juvenil) sin que a esas edades se considere patológico sino una forma natural de desarrollo de la dentición y un estímulo del desarrollo muscular y óseo de los huesos de la cara tendiendo a la desaparición al alcanzar la segunda década de la vida, sin embargo en la edad adulta el hábito bruxista puede ocasionar múltiples problemas dependiendo de la frecuencia y la intensidad.

¿Cuáles son las causas?

Aunque los expertos no se ponen de acuerdo existen dos factores fundamentales el estrés emocional y las interferencias oclusales. El estrés tiene un papel muy importante en el bruxismo de modo que las personas con este hábito generalmente soportan altos niveles de estrés y la intensidad del bruxismo depende del nivel de estrés en cada momento. El segundo factor son las interferencias oclusales es decir alteraciones en los dientes que provocan un mal engranaje de los mismos lo que obliga al organismo a intentar desgastar todas esas interferencias para conseguir una mejoría en la oclusión (la forma de encajar los dientes). Generalmente el desgaste no solo no soluciona el problema sino que lo agrava ya que al irse desgastando los dientes cada vez van encajando peor.

¿Cómo se diagnostica?

Ya que el bruxismo es inconsciente y nocturno la única manera de diagnosticarlo es durante el sueño, bien de forma directa mediante la visualización del hábito, o bien midiendo la actividad de los músculos masticadores durante la noche por medio de una electromiografía, estos procedimientos raramente se utilizan para diagnosticar el bruxismo ya que son caros e innecesarios. Puesto que el bruxismo provoca efectos en diferentes partes del sistema masticatorio el diagnóstico se realiza de forma indirecta observando el desgaste de los dientes y la tensión de los músculos.

¿Es perjudicial el bruxismo?

El bruxismo se da en casi todos los individuos de forma ocasional sin que ello tenga mayor importancia sin embargo en las personas con bruxismo constante es muy perjudicial para todo el sistema masticatorio: dientes, encías, músculos y articulación temporomandibular ya que las fuerzas que se realizan durante el acto bruxista son enormes comparadas con la masticación normal (hasta 4 veces más). A nivel de los dientes se produce un desgaste característico que a su vez provoca una perpetuación del bruxismo. A nivel de las encías las debilita de forma que a la larga aparecerá inflamación y movilidad en los dientes. Pero el efecto más perjudicial se da a nivel de los músculos y la articulación temporomandibular en forma de dolores de cabeza, dolores de oído, dolores en el cuello, dolor al abrir la boca, ruidos al abrir la boca y con el tiempo dificultad para masticar, o incluso hablar.

¿Existe tratamiento?

Ya que la causa principal son los factores emocionales el tratamiento consistiría en conseguir reducir al mínimo los niveles de estrés, sin embargo el bruxismo como acto inconsciente es difícil de evitar completamente, por tanto el tratamiento va encaminado a minimizar los efectos perjudiciales mediante la consecución de una oclusión estable y la utilización de férulas de descarga.

Para obtener una oclusión estable es preciso que no falten piezas dentarias y que estas encajen perfectamente por tanto será necesario reponer las piezas que se hayan perdido y que un especialista valore si es posible mejorar la forma de encajar los dientes. Si ya existe mucho desgaste de los dientes es muy importante repararlo para que los dientes tengan la forma adecuada ya que de otro modo será muy difícil conseguir la oclusión adecuada.

Cuando no es posible mejorar la oclusión o de forma preventiva es aconsejable la colocación de una férula de descarga. Una férula es una galleta de plástico hecha a medida para que cubra los dientes de una de las dos arcadas y que como funciones más importantes evita las interferencias oclusales y el desgaste dentario. Las férulas se suelen colocar durante el sueño y además de evitar el desgaste solucionan los otros síntomas derivados del bruxismo: dolores de cabeza, oído, cuello, etc. En casos muy severos se pueden utilizar medicamentos como el triptizol que alteran las fases del sueño lo que parece evita como efecto colateral el hábito bruxista.”³⁹

³⁹ www.puc.cl/dge/salud/html/contenido/dental/bruxismo

3.14. LOS HÁBITOS NUTRICIONALES:

“Éstos varían por los cambios individuales que trae el envejecimiento, por los factores fisiológicos y por las enfermedades que pueden afectar la ingesta de alimentos en las personas mayores. Las siguientes son algunas normas para mejorar la alimentación en el anciano:

- Es importante cuidar el entorno de las comidas, tener una mesa limpia, asiento cómodo y a la altura adecuada, al igual que hacerlo en compañía.
- No llevar dietas severas porque pueden limitar la fuente de alimentos del A.M. y llevar a una mala nutrición. La dieta debe ser individual dependiendo de las necesidades o enfermedades de la persona.
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y otros alimentos ricos en fibra.
- Disminuir el consumo de grasas animales, harinas, azúcares, sal o comidas muy condimentadas (mostaza, pimienta, ají).
- Ingerir mínimo seis (6) vasos de agua al día.
- Aumentar el consumo de proteínas (carne, pescado, huevo, leche, si no se puede consumir esta última reemplazarla por sus derivados), esto es muy importante para no disminuir el nivel de calcio y minerales necesarios para el mantenimiento de los huesos.

- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas. El café debe consumirse en poca cantidad.”⁴⁰

3.15. SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR.

“La sexualidad es un derecho de todas las personas y se puede ejercer a cualquier edad, no es exclusivo de los jóvenes, en los A.M. se permite tener intimidad, confianza, seguridad, manifestaciones de amor y tranquilidad. El amor entre los adultos mayores puede continuar toda la vida y su actividad sexual depende de las condiciones físicas y emocionales de cada persona. En la mujer A.M., la menopausia no limita, sino que facilita la actividad sexual y la cirugía de la matriz tampoco impide la vida sexual. En el hombre viejo la cirugía de próstata no limita su actividad sexual.”⁴¹

3.16. AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA.

“Es la capacidad de realizar actividades por sí mismo. En la vejez es de suma importancia tener la posibilidad de ser independiente y autónomo, es decir, realizar la mayor cantidad de actividades de la vida diaria sin la ayuda de alguien. Esto proporciona y afirma sentimientos de valor y utilidad en una etapa donde muchos piensan que se es incapaz. Cada geronte sano o sin enfermedades discapacitantes debe procurar mantener el control de su rutina; el ser capaz de realizar las Actividades

⁴⁰ PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ACODAL gerencia zona 11, Fondo Para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental ACODAL y Fundación Para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia FUDESCO. Autocuidado de la salud para adultos mayores.

⁴¹ IBID

Básicas de la Vida Diaria (comer, bañarse, vestirse, ir al baño y deambular libremente) le hace una persona autónoma y segura de sí misma.”⁴²

3.17. USO ADECUADO DEL TIEMPO LIBRE.

“Debido a los cambios en la vida laboral, el A.M. cuenta con mucho tiempo libre, que debe ocupar de acuerdo con sus gustos personales y con la situación psicológica, física y ambiental que lo rodea, para que el sedentarismo, el aburrimiento y la melancolía no comiencen a afectarlo. Es de vital importancia pues, la creación de espacios donde los adultos mayores puedan interactuar con personas de su misma edad.

En la actualidad existe la posibilidad de pertenecer a clubes, o formar grupos donde puedan desarrollar actividades compartidas, esta es una buena opción para emplear el tiempo libre, reunirse con amigos o personas conocidas facilitando la creación de nuevos vínculos sociales y la comunicación que a veces no se da en el ámbito familiar.

Las actividades de juego que no implican riesgos para la salud del A.M. fomentan las relaciones sociales, que a menudo se ven bingo, lotería, entre otros., contribuyen al mantenimiento de la concentración en esta etapa de la vida. Las caminatas, paseos,

⁴² PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ACODAL gerencia zona 11, Fondo Para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental ACODAL y Fundación Para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia FUDESCO. Autocuidado de la salud para adultos mayores.

baile y las actividades recreativas se convierten en una excelente forma de actividad física, además de fomentar y permitir la integración social.”⁴³

3.17.1. MOTRICIDAD:

“Conjunto de funciones nerviosas y musculares que permiten la movilidad y coordinación de los miembros, el movimiento y la locomoción. Los movimientos se efectúan gracias a la contracción y relajación de diversos grupos de músculos. Para ello entran en funcionamiento los receptores sensoriales situados en la piel y los receptores propioceptivos de los músculos y los tendones. Estos receptores informan a los centros nerviosos de la buena marcha del movimiento o de la necesidad de modificarlo.

Los principales centros nerviosos que intervienen en la motricidad son el cerebelo, los cuerpos estriados (pallidum y putamen) y diversos núcleos talámicos y subtalámicos. El córtex motor, situado por delante de la cisura de Rolando, desempeña también un papel esencial en el control de la motricidad fina (véase Cerebro). Cada zona de esta área activa una región muscular precisa del cuerpo, de acuerdo con una representación de éste con la cabeza orientada hacia abajo. Los axones de las neuronas situadas en esta zona motriz constituyen la vía piramidal.

⁴³PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ACODAL gerencia zona 11, Fondo Para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental ACODAL y Fundación Para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia FUDESCO. Autocuidado de la salud para adultos mayores.

El cerebelo, que mantiene estrechas relaciones con el córtex y con los distintos centros sensoriales, regula la ejecución de los movimientos rápidos. Entre los núcleos talámicos implicados en la motricidad, el ventrolateral es un verdadero centro de elaboración motriz; en particular, controla la postura del cuerpo antes de la movilización de los miembros. La médula espinal, relacionada con los centros situados a nivel encefálico, garantiza la regulación continua del tono muscular. Véase Sistema nervioso.

Las enfermedades más importantes que afectan a la motricidad son la de Parkinson, la miastenia, la miopatía, las parálisis y el corea, además del envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer.”⁴⁴

3.17.2. EJERCICIO:

“Forma física, capacidad del cuerpo humano para satisfacer las exigencias impuestas por el entorno y la vida cotidiana. La forma física es un estado del cuerpo (y de la mente) que ayuda a desarrollar una vida dinámica y positiva y es posible que afecte a casi todas las fases de la existencia humana. Fuerza muscular, energía, vigor, buen funcionamiento de los pulmones y el corazón, y un estado general de alerta, son signos evidentes de que una persona goza de buena forma física. Esto suele calcularse con relación a expectativas funcionales, es decir, lo normal es realizar pruebas periódicas que miden la fuerza, resistencia, agilidad, coordinación y flexibilidad. También se emplean las pruebas de estrés (usando un ergómetro, por ejemplo), que evalúan la respuesta del cuerpo al estímulo físico potente y sostenido.

⁴⁴ IBID

Estar en buena forma es casi una cuestión de sentido común. Casi todas las personas están en condiciones de hacer algún tipo de ejercicio habitual, ya sea la simple marcha, jogging o footing. También son muy beneficiosos los deportes como la natación, ciclismo, aeróbic y baile (además de algunos ejercicios básicos de gimnasia que se pueden llevar a cabo en cualquier sitio). Son muchos los tipos de deporte que contribuyen a mejorar la forma física. También están ganando popularidad el entrenamiento y disciplina (tanto física como mental) que proporciona el estudio y la práctica de las artes marciales (como el judo, karate y el tai chi). La práctica del yoga es también muy beneficiosa. Es deseable mantener la continuidad en los ejercicios, y es importante no realizar súbitamente ejercicios violentos o de extrema tensión. Es esencial empezar con un calentamiento gradual y seguir un proceso de preparación.”⁴⁵

3.18. CONTROL Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES

“El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, por tanto es importante que el viejo se preocupe por sí mismo, se cuide, se quiera y se respete; sin embargo, el proceso de envejecimiento como tal, implica un deterioro de los órganos, sistemas y por lo tanto de la capacidad de respuesta del organismo ante los eventos del entorno.

Por lo descrito anteriormente es importante que el viejo sepa de la existencia de patologías en su organismo, al igual que el control, tratamiento y cuidados que esta requiere; claro esta, estas recomendaciones deben ser expedidas por un profesional de

⁴⁵ PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ACODAL gerencia zona 11, Fondo Para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental ACODAL y Fundación Para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia FUDESCO. Autocuidado de la salud para adultos mayores.

la salud, y el A.M. debe ser consciente de la importancia de manejar esta información solo para sí mismo, y no recomendársela a sus amigos, familiares y/o vecinos, puesto que los tratamientos son completamente individuales. Es por esto que se pretende dar a conocer a los viejos la importancia de asistir oportunamente a los centros asistenciales, no automedicarse y cumplir con los controles médicos.”⁴⁶

3.19. ACCESIBILIDAD A LOS CENTROS DE ASISTENCIA MÉDICA.

Se les dará a los viejos instrucción sobre el manejo adecuado de los servicios de salud, teniendo en cuenta que el grupo general de viejos a intervenir pertenecen a sectores vulnerables y de escasos recursos; razón por la cual, se enfocara este tema desde la carnetización del SISBEN, y se explicarán los pasos a seguir para obtener un servicio determinado, ya sea de de primer nivel o especializado.

⁴⁶ IBID

4. ESTRATEGIA METODOLOGICAS

Las estrategias metodológicas que se desarrollaron durante el año de pasantía en la Fundación Colombia una Nación Cívica – CONCÍVICA, fueron:

- **La Promoción De Ideas O Brainstorming⁴⁷**: Es un tipo de interacción en un grupo, concebido para alentar la libre presentación de ideas sin restricciones ni limitaciones en cuanto a su factibilidad. La promoción de ideas hace posible que un grupo considere las soluciones o alternativas a un problema sin traba en cuanto a restricciones de organización, institución o financiación, o a limitaciones de actitudes o habilidades. Todas las ideas son aceptadas sin ponerlas en tela de juicio a menos que choque con las reglas establecidas previamente.

- **La Charla⁴⁸**: Es la forma de expresión oral más espontánea y frecuente que se da entre las personas. Por su condición eminentemente social, los hombres sienten la imperiosa necesidad de intercambiar ideas. Mediante el empleo que haga el individuo de la charla, se puede dar cuenta de la impresión que causa a los demás y una idea de cómo son las personas; que piensan de las cosas del mundo, que cultura tienen y muchas veces puede determinar qué grado de interacción puede lograr con ellas.

⁴⁷ GARCIA, HERNÁNDEZ Fernando y OSPINA, CARDONA Augusto. Técnicas de expresión oral y escrita. Universidad del Quindío. Programa de Educación a distancia. sf.

⁴⁸ *Ibíd.*

- **El Taller**⁴⁹ : Es una actividad grupal, compuesta por varios momentos, encaminados al logro de unos objetivos previamente establecidos, con el ánimo de facilitar una reflexión en torno a un tema de interés común. El diseño de las actividades depende de los participantes a quienes se dirige, de los objetivos del taller y del tiempo y espacio disponibles. Estas actividades deben tener un soporte técnico que de explicación al ¿por qué? de la actividad grupal bajo la dirección del facilitador.

- **Mesa Redonda**⁵⁰: Es la reunión de varias personas, para exponer sobre un tema predeterminado y preparado, bajo la dirección de un moderador. Tiene como objetivo suministrar nuevos conocimientos sobre un tema de interés para todos los integrantes.

⁴⁹ CORREDOR TORRES, Blanca Cecilia y SALAMANCA SANTOS, Maria del Pilar. Semillas de Enseñanza. Guía Práctica para la Realización de Talleres de Desarrollo Personal.

⁵⁰ www.memo.com.co

5. DESCRIPCIÓN DE LOS TALLERES EDUCATIVOS

Para el desarrollo de los diferentes talleres se tomó como base la intervención social, entendiéndola como todas aquellas acciones dirigidas deliberada e intencionalmente hacia grupos específicos de la población, identificados estos por sus condiciones especiales de riesgo, con el fin de prevenir un problema específico antes que este aparezca - prevención primaria-, tratarlo para evitar un daño potencial - prevención secundaria- o buscar la rehabilitación del individuo ya afectado por el daño - prevención terciaria-. Debido a que la intervención social pretende ser integral (busca dar respuesta a una serie de problemas sociales: no puede centrarse en un solo aspecto, desconsiderando el resto), ésta usa variadas estrategias y técnicas de intervención, las que pueden ser de tipo psicológicas, políticas, administrativa - organizativas, ecológico - ambientales, urbanísticas, salud pública, trabajo social, entre otras ⁵¹.

Ahora bien, el objetivo general del plan de trabajo fue “Implementar el “Programa de Intervención Para el Grupo de Adultos Mayores Beneficiarios del Programa *Juan Luís Londoño de la Cuesta*” complementando los conocimientos que los adultos y adultas mayores poseen en temas tales como: el envejecimiento y sus cambios, la sexualidad en el adulto mayor, autonomía e independencia, uso adecuado del tiempo libre, control y tratamiento de enfermedades, accesibilidad a los centros de asistencia médica, Historia de vida, Relaciones Interpersonales y Fortalecimiento de las mismas, Participación y Liderazgo, Patologías más Frecuentes en la Vejez y Resiliencia en el adulto mayor, y el reconocimiento de la importancia de la apropiación individual de dichos temas para mejorar sus condiciones de vida; por medio de talleres grupales en

⁵¹ www.fundacionpobreza.cl

los que se trabajará con base en el *FED-BAKC*, y se desarrollaran en cada uno de los grupos beneficiarios del Programa “*Juan Luís Londoño De La Cuesta*” en el Departamento del Quindío”.

Por otra parte, en cada uno de los puntos de recepción, se publicó un cronograma modificable para dos meses, de forma tal que en cada visita se programaban las actividades de los dos meses siguientes, con la intención de que las operarias y los mismos adultos y adultas mayores estuvieran temprano el día de la actividad programada.

2.1. Primera actividad: Presentación.

A partir del quince (15) de agosto de 2006 se dio inicio a un recorrido por los diferentes puntos de recepción de raciones preparadas, en compañía de la Gerontóloga Dora María Sepúlveda Polanía, con el fin de conocer los puntos y de esta manera presentarse ante los grupos y darles a conocer la forma en la que se trabajaría en los diferentes talleres. Este recorrido se llevó a cabo hasta el treinta y uno (31) del mismo mes.

2.2. Primer taller: El envejecimiento y sus cambios.

En el mes de septiembre se realizaron charlas sobre el tema del envejecimiento y sus cambios, en los cuarenta y cinco (45) grupos de Raciones Preparadas Diarias y los seis (6) grupos de Raciones Mensuales para Preparar, beneficiarios del Programa Nacional

de Alimentación y Complementación nutricional “*JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío.

Esta actividad se caracterizó por un alto grado de participación, puesto que para los adultos y adultas mayores el tema les pareció pertinente, en tanto muestra los cambios básicos del envejecimiento, como cuidarse para tener unas mejores condiciones de vida, y como enfrentar la vejez de una forma positiva.

Es importante resaltar, que al desarrollar esta actividad, los grupos mostraron un alto nivel de participación a diferencia de la primera actividad realizada por la Gerontóloga Dora María, puesto que los grupos encontraron que a pesar de la juventud, las Gerontólogas si podían reforzar sus conocimientos en diferentes temas, además de tomar en cuenta el hecho de que los adultos y adultas mayores se interesan más en los temas cuando pueden opinar en los temas trabajados.

Por otra parte, según manifestaron lo mismos beneficiarios, la educación para el envejecimiento los ayuda para poder enfrentar un desafío sin duda vital: deben elegir entre quedar anclados en el pasado, haciéndose impermeables a los cambios o afrontar la experiencia de vivir esos cambios, tomando este tiempo como su propio tiempo de vivir. Esta experiencia es compleja y difícil y para ello necesitan prepararse.

2.3. Segundo taller: Sexualidad en el adulto mayor.

Este tema se trabajó durante el mes de octubre, con la intención de mostrarles a los adultos y adultas mayores que la idea de que las personas mayores ya no tienen respuesta sexual está tan difundida como la de que los niños son seres asexuales. Ignorando la sexualidad en la vejez, despreciándola o incluso tratando de evitarla se crean conflictos y frustraciones a muchos de ellos.

Sin embargo, la respuesta de los participantes en la totalidad de grupos beneficiarios fue completamente opuesta, pues el nivel de participación fue muy alto y los adultos y adultas mayores manifestaron aceptarse como individuos sexualmente activos, y no avergonzarse de forma alguna por serlo. A razón de esta buena reacción en los grupos se optó por profundizar muy poco sobre el tema y adelantar el taller programado para el mes de noviembre.

El tema programado para noviembre, era autonomía e independencia, este tema se desarrolló con la intención de promover a los adultos y adultas mayores a mantener su autonomía e independencia en tanto les sea posible; puesto que en su mayoría habían manifestado estar supeditados a las decisiones y el tiempo que sus familiares pudiesen dedicar para acompañarlos a realizar sus tareas.

En cuanto a estos temas los adultos y adultas mayores comprendieron la importancia que revisten, y se mostraron interesados en aprender cosas básicas que les permiten realizar actividades de su agrado; ejemplo de estas, son: manejar los teclados

telefónicos, el control remoto del T.V., recorrer sus comunidades inmediatas solos y suministrarse sus propios medicamentos correctamente, entre otros.

2.4. Tercer taller: Uso adecuado del Tiempo Libre.

En noviembre se desarrollo el tema del uso adecuado del tiempo libre, con la intención de motivar a los adultos mayores a realizar actividades benéficas para el mantenimiento de la salud, la independencia y la autonomía, dado que en los diferentes talleres la gran mayoría de adultos y adultas mayores habían manifestado utilizar el tiempo cuidando a su nietos, o viendo T.V., muy pocos realizaban actividades diferentes. Con esta actividad se les enseñaron algunos ejercicios básicos de estiramiento y se les recomendó realizar caminatas cortas cerca de sus hogares.

Sin embargo, algunos dijeron no poder realizarlas, puesto que sus nietos estaban muy pequeños o debían realizar sus deberes, mientras que la gran mayoría manifestó cierto temor a desplazarse solos en la calle, pues hasta para ir a almorzar alguien los acompañaba.

2.5. Control y tratamiento de enfermedades y accesibilidad a los centros de asistencia médica.

Es pertinente aclarar que éste tema estaba programado para trabajarse durante el mes de diciembre; sin embargo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, ordenó implementar durante el mes de diciembre actividades más encaminadas a la

participación, la lúdica, el esparcimiento y la recreación, razón por la cual este tema se trabajó brevemente antes del inicio de la actividad en cada visita de diciembre.

Ahora bien, la intención de manejar éste tema, fue dar a los adultos y adultas mayores herramientas básicas para el mantenimiento de la salud. Es pertinente resaltar que este tema despertó gran interés entre los participantes, por lo cual solicitaron profundizar sobre el mismo.

2.6. Cuarto taller: Recordar es vivir – Contando mi propia historia.

La actividad RECORDAR ES VIVIR – CONTANDO MI PROPIA HISTORIA, se realizó con los con los adultos y adultas mayores de los cuarenta y cinco (45) grupos de Raciones Preparadas Diarias y los doce (12) grupos de Raciones Mensuales para Preparar beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición “*JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA*” en el Departamento del Quindío.

Para el desarrollo de esta actividad se cito por separado a cada uno de los grupos ubicados en: los restaurantes escolares de Salento, pijao y Córdoba, el Convento de Génova, el centro Miguel Pinedo de La Tebaida y Filandia; mientras que los otros grupos se citaron en conjunto para aprovechar la cercanía de los puntos y lograr realizar la actividad en todos los puntos durante el mes.

Es pertinente aclarar que esta actividad la realizaron las gerontólogas Dora María Sepúlveda Polanía y Viviana Julieth Patiño Piedrahita en cada grupo, puesto que estos

eran bastante grandes. El cronograma de trabajo se cumplió sin contratiempos en las fechas establecidas, y a excepción de Quimbaya, la asistencia fue muy buena, teniendo en cuenta que las actividades se programaron en las horas de la tarde. En Quimbaya a razón de la fuerte lluvia que se presentó ese día, hubo una menor asistencia de la población.

Ahora bien, las actividades se desarrollaron de la siguiente forma: inicialmente se le aclaró a los asistentes que cada uno iba a relatar los aspectos más relevantes de su vida desde cinco momentos específicos de la historia reciente de la región, la ascendencia familiar, el estilo de crianza, la bonanza cafetera, la violencia en la década de los 50` y el cese laboral. Seguidamente se dio inicio a los relatos individuales, después se realizó una comparación entre las narraciones para determinar las semejanzas, para finalmente realizar una comparación entre su generación y la generación de hoy.

Con el desarrollo de esta actividad, se descubrieron semejanzas en los aspectos narrados por los adultos y adultas mayores, entre las más relevantes se pueden destacar las siguientes:

- La ascendencia predominante en los actuales pobladores de la región es de procedencia santandereana, tolimense, vallecaucana, cundinamarquense, caldénse y antioqueña, en respectivo orden de importancia representativa.
- El estilo de crianza con el que fueron educados se caracterizó fundamentalmente por las estrictas normas, los fuertes castigos (en la gran mayoría de casos maltratantes), la baja accesibilidad a la educación básica, la fuerte y arraigada

presencia de valores sociales, y sobre todo, la temprana edad a la que se empezaron a desempeñar en el campo laboral.

- La fuerte presencia de raíces campesinas, y la aceptación de una sociedad machista, que en muchos casos excluía a la mujer, la sometía o la subvaloraba.
- En la mayoría de casos se asemejó el tren con un animal gigante, al verlo por primera vez, además, asocian a la bonanza cafetera la aparición de los ferrocarriles y la aviación en el país.
- En la mayoría de puntos se trabajó de forma limitada el tema de la violencia de la década de los 50`, la cual fue asociada a desplazamiento forzado, pérdida de familia y represión en todos los aspectos sociales. Es relevante resaltar que en los municipios de Córdoba, Pijao y Génova los asistentes se rehusaron a hablar acerca de este tema, mientras que en los grupos restantes, si bien hubo recelo, se habló del tema.
- En la gran mayoría de casos los adultos y adultas mayores se mostraron indignados con la sociedad actual, dado el alto grado de discriminación por la edad que se presenta actualmente, y aunque ellos se muestran dispuestos a seguir desempeñando labores remuneradas, manifiestan que esta posibilidad les es limitada, lo cual ha hecho frustrante el cese laboral.
- Finalmente los adultos y adultas mayores hicieron una comparación entre las generaciones. Desde su análisis a pesar de la “violenta” forma en la que fueron educados, les fueron inculcados valores muy fuertes, mientras que a las generaciones de hoy no se les han inculcado valores tan fuertes como a ellos. Por otra parte, las generaciones presentes tienen más oportunidades de educarse y “progresar”, en contrapeso con las oportunidades que ellos tuvieron,

y sobre todo resaltan el respeto con el que era visto el adulto mayor cuando ellos eran niños, mientras que en la actualidad el viejo no reviste de importancia social.

En general, la actividad se desarrolló sin inconvenientes, además los adultos y adultas mayores se mostraron dispuestos a la hora de desarrollar la actividad, exceptuando el tema de la violencia, como se mencionó anteriormente. Por otra parte los adultos y adultas mayores manifestaron su agrado al ser escuchados y tener la oportunidad de compartir parte de sus experiencias y compararlas con las de sus contemporáneos, y sobre todos se hicieron concientes de la importancia de su vida en la actualidad colombiana.

A manera personal esta actividad fue muy gratificante, puesto me permitió conocer la historia real del país, algunas muy hermosas y otras bastante deprimentes, por ejemplo la felicidad de la gran mayoría al hablar sobre la construcción de las vías férreas, y de viajar en tren por primera vez, mientras que el dolor con el que se refirieron a la guerra de la década de los 50` fue tan real como si nuevamente se enfrentaran a esas terribles situaciones. Por otra parte hubo cosas nuevas, pues yo no conocía las implicaciones en la realidad actual de esa guerra; es decir, que de allí provienen los grupos al margen de la ley que hoy atacan en las diferentes regiones de nuestro país.

Para el desarrollo de esta actividad las gerontólogas trabajaron con base en la teoría propuesta en el plan de trabajo. Primero, es necesario aclarar que el método del parafraseo fue utilizado durante los talleres; este consisten en escuchar todas las opiniones aportadas por los adultos y adultas mayores, sobre un tema determinado, sin desmeritar ninguna de ellas, para después conformar un concepto compuesto tanto por

los aportes de los adultos y adultas mayores, como los de las Gerontólogas. Este método fue diseñado por las Gerontólogas a partir de la paráfrasis, la cual consiste en una ilustración o interpretación personal que imita una frase o escrito de otro individuo, con el fin de hacerlo más comprensible.

Ahora bien para llevar a buen término los talleres se implementó como metodología *La Promoción de Ideas* o Brainstorming; entre otras cosas ésta actividad le permitió a todos y cada uno de los adultos y adultas mayores reconocerse como participes importantes y forjadores de la realidad actual, y no como un parte irrelevante del pasado.

2.8. Quinto taller: Relaciones interpersonales y fortalecimiento de las mismas.

Para este taller se les explicó a los adultos y adultas mayores las características de las relaciones interpersonales y el manejo adecuado de estas; por medio de este taller se consiguió que los adultos y adultas mayores aceptaran y comprendieran la importancia de manejar buenas relaciones interpersonales con quienes los rodean. Por otra parte los participantes pudieron conocer, entender y mejorar sus relaciones interpersonales con sus congéneres. Finalmente los adultos y adultas mayores comprendieron los mecanismos para mejorar las relaciones interpersonales y la importancia de fortalecerlas, mostrando interés en mejorar sus relaciones interpersonales tanto en el ámbito familiar, como en el comunitario.

Con la intención de realizar la actividad por completo y sin contratiempos, se les avisó a los adultos y adultas mayores con un mes de anticipación que la reunión para el

desarrollo del taller sería una hora antes del almuerzo. Este taller se realizó con la metodología de la charla, la cual se caracteriza por no ser estructurada y brindarles a los participantes la oportunidad de desarrollar el tema de forma menos formal, lo que a su vez les permitió expresarse con mayor libertad.

Ahora bien, con el fin de establecer una línea específica de trabajo, la Gerontóloga se basó en la definición de las Relaciones Interpersonales, emocionales, de comunicación, de autoconocimiento y de límites; enfatizando especialmente en los cinco procesos fundamentales para las relaciones interpersonales y la convivencia, sus características, la clasificación del comportamiento en las relaciones interpersonales y las etapas de las mismas; para finalmente plantear alternativas de solución en casos de conflicto.

Al finalizar cada charla se les pidió a los participantes que expresaran su opinión sobre el tema tratado, con el fin de reunir las opiniones más relevantes. Entre estas se cuentan las siguientes:

- Al existir buenas relaciones interpersonales las comunidades permanecen en un nivel de convivencia mejor.
- Escuchar sin estar a la defensiva y dialogar son unos de los elementos más importantes para mejorar las relaciones interpersonales.
- El hecho de no estar de acuerdo con la opinión de los demás no debe ser motivo de peleas, sino de una discusión respetuosa para encontrar puntos intermedios.

Finalmente, es importante rescatar que el tema tratado durante este mes, fue mejor acogido por las mujeres que por los hombres, puesto que las mujeres consideran tener lasos más fuertes con las diferentes personas de sus comunidades y sus familias que los hombres; mientras que los hombres manifestaron no tener tantos problemas en las relaciones interpersonales porque “nosotros no nos la pasamos chismoseando y dejamos vivir tranquilos a los vecinos”. Al desarrollar esta actividad se promovió un acercamiento entre los adultos y adultas mayores y los operarios, con compromisos autónomos en varios de los puntos de recepción para intentar mejorar la relación entre las dos partes.

2.9. Sexto taller: Participación y Liderazgo.

Durante el mes de febrero, se trabajaron en los puntos de recepción los temas de Participación y liderazgo, con el fin de darles a conocer a los adultos y adultas mayores las ventajas de la participar activamente en todos los procesos sociales, al tiempo que se identificaban los líderes de cada punto de recepción con la intención de motivar a los grupos a organizarse para dar paso a actividades nuevas, y no limitarse solamente al momento de recibir las raciones. Por otra parte, se les proporcionó a los adultos y adultas mayores la opción de disfrutar con actividades fuera de lo cotidiano, propuestas y desarrolladas por ellos mismos.

Esta actividad se realizó con la metodología de la mesa redonda, en la cual la Gerontóloga participó como moderadora, y los operarios fueron los encargados de recopilar las apreciaciones de los adultos y adultas mayores, para después realizar un consenso general y unificar las expresiones relacionadas o complementarias.

Al igual que en el taller anterior los grupos se convocaron con una hora de anticipación a la entrega de las raciones, de forma tal que el tiempo no apremiara y ocasionara distracciones durante el desarrollo de la actividad.

Al finalizar el total de las actividades del mes se seleccionaron los aportes más importantes de los participantes, estos son:

- Los adultos y adultas mayores descubrieron que a pesar de no poseer conocimientos teóricos sobre los temas trabajados, eran actividades cotidianas que desarrollaban sin darse cuenta.
- Los adultos y adultas mayores examinaron la necesidad de los líderes en los diferentes campos de acción social.
- Los adultos y adultas mayores vieron en los líderes una opción de organización para obtener beneficios para todos.
- Algunos adultos y adultas mayores se mostraron interesados en ser más activos en los procesos comunitarios, mientras que otros se limitaron a proponer ideas para el grupo inmediato en el que se desenvuelven (puntos de recepción).
- Los adultos y adultas mayores comprendieron la diferencia entre los diferentes tipos de liderazgo, y la importancia de desarrollar procesos en conjunto.

Al terminar la evaluación de las actividades se descubrió que esta metodología resulta más acertada, cuando se intenta trabajar un tema estructurado en grupos numerosos.

Además de ver que los participantes se identificaron con diferentes tipos de liderazgo dentro de los diferentes grupos en los que se desenvuelven cotidianamente.

2.10. Séptimo taller: Patologías más frecuentes en la vejez.

Durante el mes de marzo se trabajó el tema de las Patologías más frecuentes en la vejez, teniendo en cuenta que según las características manifestadas por cada grupo de trabajo se enfatizó sobre determinadas patologías. Para dar estructura al tema, se realizó el taller por medio de mesas redondas, dando inicio a la misma con una descripción corta de los sistemas en general. Las intervenciones de la gerontóloga, estuvieron limitadas a aclarar cuando consideró pertinente algún aspecto específico.

Los temas trabajados en los grupos a lo largo del mes fueron: el envejecimiento y sus enfoques, la definición de vejez como etapa, el índice de condiciones de vida de la población del Instituto Alexander Von Humboldt y las patologías más frecuentes en la vejez por sistemas, como ya se había mencionado.

Entre los temas más indagados en los diferentes puntos de recepción, se cuentan: niveles de colesterol elevados, hipertensión e hipotensión, declive cognitivo y deficiencias en la visión y la audición.

2.11. Octavo taller: Resiliencia en el adulto mayor.

Durante el último mes de pasantía se trabajó el tema de Resiliencia en el adulto mayor, con la intención de incentivar a los adultos y adultas mayores a tomar decisiones con respecto a su futuro, a establecer planes de vida desde su realización, y a utilizar el tiempo libre que hoy tienen para retomar en la medida de lo posible los sueños o metas que fueron posponiendo a lo largo de sus vidas dados los diferentes roles que desempeñaron en su adultez (trabajadores, padres, empleados, hijos, amigos, entre otros). Para el desarrollo de esta actividad se utilizaron las metodologías de la charla, la mesa redonda y el Feed-Back, según las características particulares de cada grupo de trabajo.

De igual forma que en los talleres anteriores, al terminar en cada punto de recepción se les pidió a los adultos y adultas mayores de los grupos que entre todos sacaran las conclusiones generales de la actividad. En general, en la mayoría de grupos se repitieron los siguientes enunciados:

- El ser viejo no debe ser un limitante para soñar, crear metas y cumplirlas.
- La vejez es una etapa con algunas dificultades, pero brinda la posibilidad de retomar sueños que se pospusieron en el pasado por darle prioridad a la familia y al trabajo.
- El viejo aun puede ofrecer muchas cosas positivas tanto a su familia como a la sociedad.

- El viejo normalmente, adquiere la cualidad de pensar antes de actuar, y ser más paciente en la consecución de sus objetivos.
- El hecho de que muchas personas asocien la vejez con enfermedad, no quiere decir que esto sea cierto, por el contrario cada viejo presenta una condición diferente y por lo mismo tiene diversas oportunidades de realizar sus metas.
- En muchos casos el nivel socioeconómico les dificulta la posibilidad de alcanzar metas, en cuanto a la educación, al desempeño laboral o la consecución de ingresos económicos. Estas dificultades en conjunto, en algunos casos terminan por producir desesperanza en los viejos, y causan el abandono de los sueños y metas, o la falta de las mismas.

Uno de los aspectos más agradables de la actividad, fue el hecho de observar de forma directa que a pesar de algunas dificultades (físicas, psicológicas, familiares y sobre todo económicas) la gran mayoría de adultos y adultas mayores continúan soñando y se plantean metas personales a corto plazo. La Gerontóloga pudo observar que este tema causó gran euforia en los participantes de las charlas, puesto que se sintieron muy identificados con el mismo.

6. ALCANCES

Al finalizar la pasantía, se alcanzaron las metas que se mencionaran a continuación, es pertinente resaltar que éstas metas se midieron con base en la encuesta aplicada al diez por ciento (10%) del total de cada grupo de trabajo (ver anexos 6 y 7).

Con la finalidad de sensibilizar a los participantes acerca de la importancia de vivir una vejez digna se les mostraron algunas ventajas que aportan al mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos y adultas mayores. Entre estas contamos las siguientes:

- Al permanecer activos, sin descuidar las facultades mentales, se logra una beneficiosa sensación de satisfacción personal y confianza en sí mismo; facilitando la relación con personas de la misma edad, con inquietudes, problemas o aficiones similares. Esto ayuda a vencer la depresión y a seguir activos, ya que se obligan a salir de casa para ir a realizar sus actividades.
- Los adultos y adultas mayores aceptaron y comprendieron la importancia de manejar buenas relaciones interpersonales con quienes los rodean, por lo tanto mostraron interés en mejorar sus relaciones interpersonales tanto en el ámbito familiar, como en el comunitario.
- Los adultos y adultas mayores han empezado a participar paulatinamente en los procesos comunitarios escuchando ideas para un bien común.

- Los líderes identificados en compañía de sus respectivos han dado inicio a procesos autónomos encaminados a su propio beneficio, como la conformación de grupos de la tercera edad.
- Los adultos y adultas mayores reconocen la sintomatología y tratamiento adecuado de las patologías que su organismo presenta actualmente, lo que les permite mejorar en alguna medida sus condiciones de vida.
- Como resultado del trabajo realizado en torno al tema de Resiliencia en el adulto mayor, los adultos y adultas mayores han mostrado nuevos proyectos de vida y dieron inicio al cumplimiento de metas a corto plazo, comprendiendo que se debe ser resiliente, no sólo por el bienestar propio, sino también por el de aquellos que nos rodean.
- Los adultos y adultas mayores de los diferentes puntos de recepción con los que se trabajó, han mostrado una sólida orientación hacia el establecimiento de relaciones humanas positivas, tanto familiares como de amistades, vecinos y compañeros de trabajo.
- Los adultos y adultas mayores, encontraron en el mantenimiento de la autonomía y la independencia una perspectiva positiva para sobreponerse a la adversidad, que implica el mirar a las adversidades como retos o desafíos más que como pérdidas o amenazas; la tenacidad y perseverancia para vencer los obstáculos y frustraciones inevitables de la existencia, con el consiguiente coraje de seguir adelante siempre que exista vida; la confianza en los demás y una filosofía de vida que albergue la clásica expresión de la sabiduría popular de que “mientras hay vida hay esperanza”.

6. RESULTADOS

En el proceso de la pasantía se llevaron a cabo ocho talleres con los diferentes grupos de trabajo, donde se logro sensibilizar a los adultos mayores en temas tales como: el envejecimiento, la sexualidad, la autonomía e independencia, uso adecuado del tiempo libre, control y tratamiento de enfermedades, accesibilidad a los centros de asistencia medica, historia de vida, relaciones interpersonales y fortalecimiento de las mismas, participación y liderazgo, patologías más frecuentes en la vejez y resiliencia en el adulto mayor.

Durante el primer periodo de pasantía se trabajo con un total de 3085 beneficiarios de raciones preparadas, encuestando a 316 personas y a 895 beneficiarios de raciones para preparar de los cuales se encuestaron 91 personas. Mientras que en el segundo periodo de pasantía se trabajó con 1565, y se tomaron las respuestas de 156 beneficiarios, mientras que en de los beneficiarios de raciones para preparar se trabajó con 392 beneficiarios y se encuestó a 40 de ellas.

A través de una serie de encuestas realizadas al 10% de la población con el propósito de indagar sobre los conocimientos que el adulto mayor asimilo durante la pasantia se pudo determinar que el adulto mayor y adulta mayor aplica parte de los conocimientos adquiridos en su diario vivir.

A continuación se presenta el análisis grafico y cuantitativo de las encuestas realizadas:

El total de población atendida durante el primer periodo de pasantía fue de cuarenta y cinco (45) puntos de recepción de raciones preparadas y los seis (6) puntos de recepción de raciones para preparar es la siguiente:



FIGURA 1

De las 3.085 personas beneficiarias de raciones preparadas con las cuales se trabajó durante el primer periodo de pasantía, la población más representativa es de 49.63% en el municipio de Armenia, y en orden descendente corresponden el 12.51% a Calarcá, el 11.31% a Montenegro, el 7.94% a La Tebaida, el 5.22% a Quimbaya, el 3.05% a Circasia y Génova, el 2.43% a Córdoba, el 1.82% a Salento y Filandia y finalmente el porcentaje más pequeño corresponde a Pijao con un 1.75%.

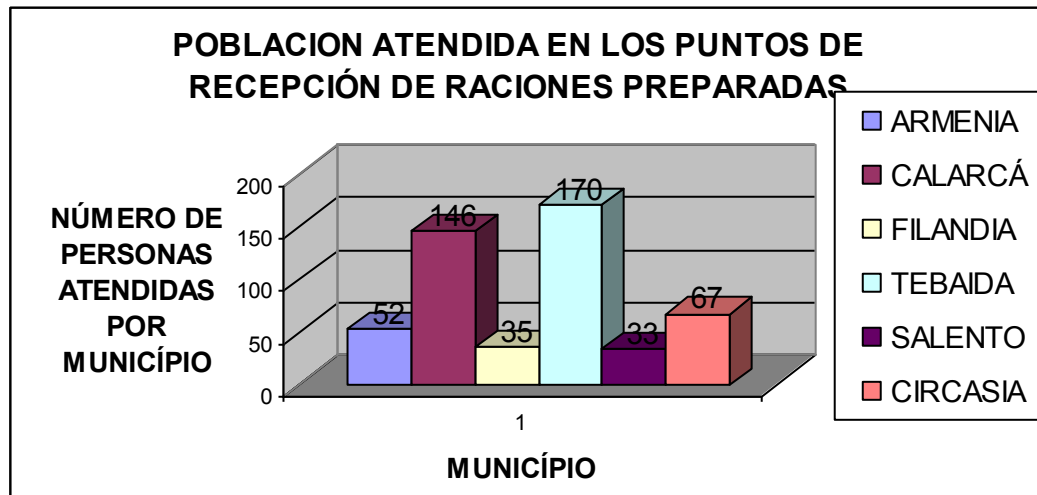


FIGURA 2

De las 503 personas beneficiarias de raciones para preparar con las cuales se trabajó durante el primer periodo de pasantía, la población más representativa es de 33.79% en el municipio de La Tebaida, el 29.02% corresponde a Calarcá, y en orden descendente corresponden el 13.32% a Circasia, el 10.33% a Armenia, el 6.95% a Filandia, y finalmente el porcentaje más bajo le corresponde Salento con 6.56 %.

Para el primer periodo de pasantía en los puntos de recepción de raciones preparadas encuestados fueron los siguientes:

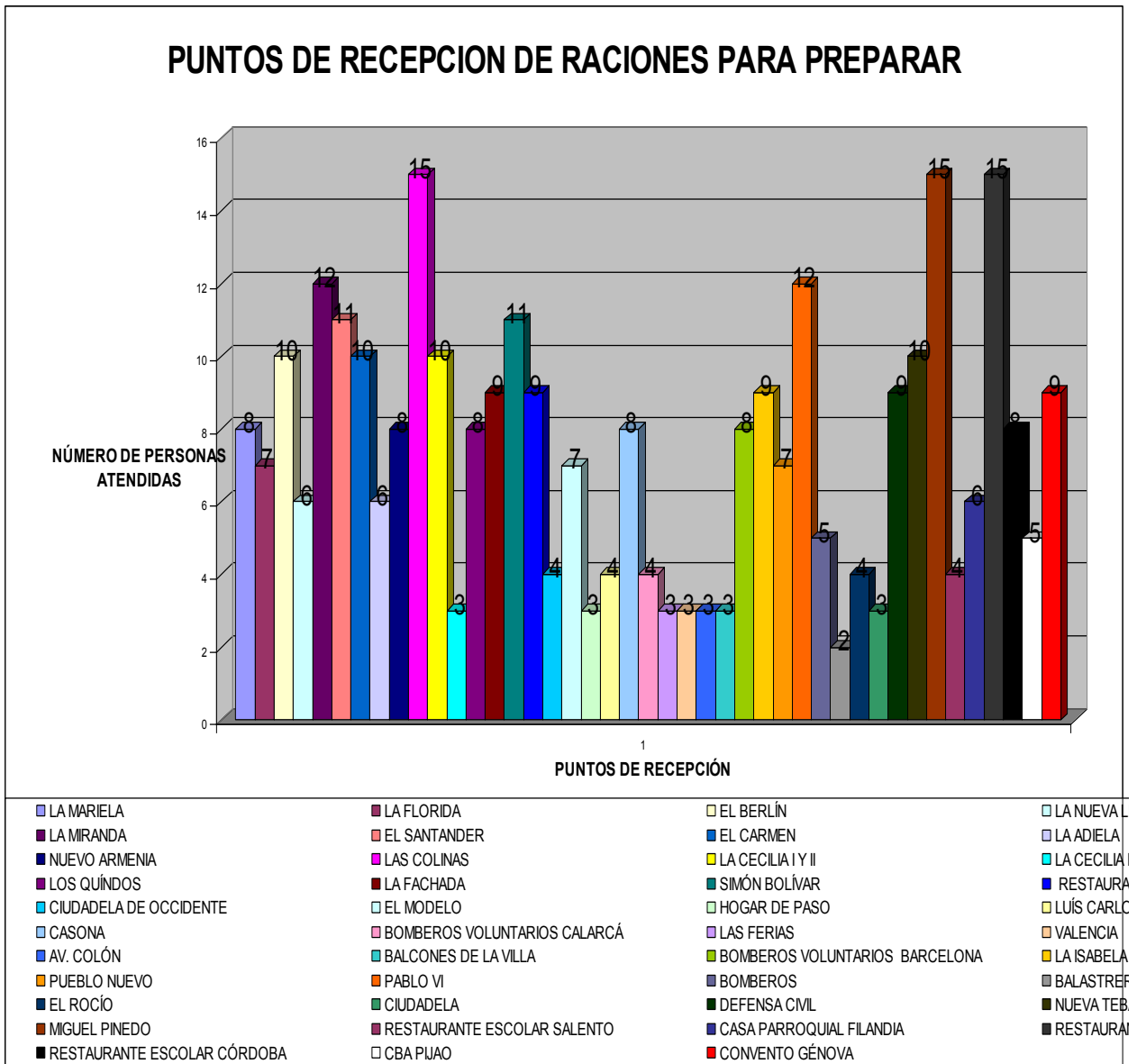


FIGURA 3

Los 45 puntos de recepción de raciones preparadas enumerados en la gráfica corresponden a los diferentes municipios de la siguiente forma: Municipios, punto de recepción, número de personas encuestadas en cada punto y porcentaje equivalente.

Municipio	Punto de recepción.	Numero de personas encuestadas.	Equivalencia porcentual.
Armenia	Las Colinas	15	4.75
Armenia	La Miranda	12	3.80
Armenia	Santander	11	3.48
Armenia	Simón Bolívar	11	3.48
Armenia	El Berlín	10	3.16
Armenia	La Cecilia I y II	10	3.16
Armenia	El Carmen	10	3.16
Armenia	La Fachada	9	2.85
Armenia	ITI	9	2.85
Armenia	Los Quíndos	8	2.53
Armenia	La Mariela	8	2.53
Armenia	Nueva Armenia	8	2.53
Armenia	La Florida	7	2.22
Armenia	El Modelo	7	2.22
Armenia	La Adiela	6	1.90
Armenia	La Nueva Libertad	6	1.90
Armenia	Ciudadela de occidente	4	1.27
Armenia	La Cecilia III	3	0.95
Calarcá	La Casona	8	2.53
Calarcá	Bomberos Voluntarios De Barcelona	8	2.53
Calarcá	Luis Carlos Galán	4	1.26
Calarcá	Bomberos	4	1.26
Calarcá	Las Ferias	3	0.95
Calarcá	Valencia	3	0.95
Calarcá	Av. Colón	3	0.95
Calarcá	Balcones De La Villa	3	0.95
Calarcá	Hogar de Paso	3	0.95
Montenegro	Pablo VI	12	3.80
Montenegro	La Isabela	9	2.85
Montenegro	Pueblo Nuevo	7	2.22
Montenegro	Bomberos	5	1.58
Montenegro	Balastrea	2	0.63
Quimbaya	Defensa Civil	9	
Quimbaya	El Rocío	4	
Quimbaya	Ciudadela	3	
La Tebaida	Miguel Pinedo	15	4.75
La Tebaida	Nueva Tebaida	10	3.16
Circasia	Restaurante Escolar	15	4.75
Salento	Restaurante Escolar	4	1.27

Filandia	Casa Parroquial	6	1.90
Córdoba	Restaurante Escolar	8	2.53
Pijao	CBA	5	1.58
Génova	Convento	9	2.85

Los beneficiarios encuestados en los puntos de recepción de raciones para preparar atendidos fueron:

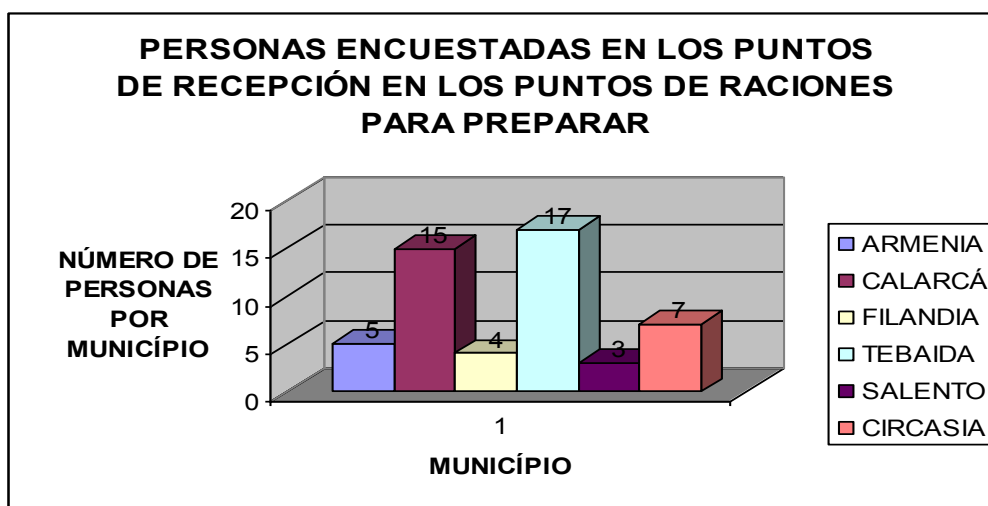


FIGURA 4

Los puntos de recepción enumerados en la gráfica corresponden a diferentes municipios de la siguiente forma Municipios y número de personas encuestadas en cada punto de la siguiente forma:

Municipio	Punto de recepción.	Numero de personas encuestadas.	Equivalencia porcentual.
Armenia	PAB	5	9.80
Calarcá	PAB	15	29.41
Finlandia	RESTAURANTE ESCOLAR	4	7.84
Tebaida	PAB	17	33.33
Sáleno	PAB	3	5.88
Circasia	PAB	7	13.73

Ahora bien, la población encuestada para determinar los resultados obtenidos durante el primer periodo de pasantía se identificó de la siguiente forma:

EDAD DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

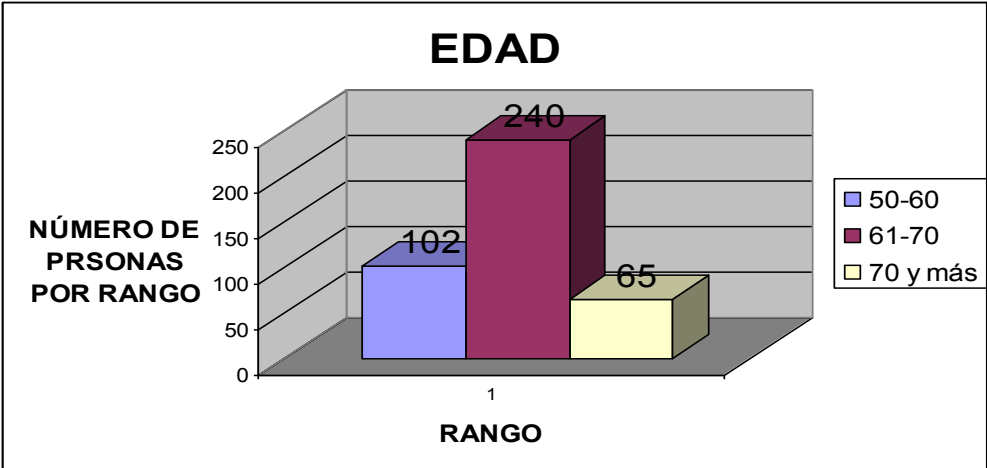


FIGURA 5

De las 407 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el primer periodo de pasantía se pudo determinar que el 58.97% de los beneficiarios se encuentran en un rango de edad entre 61 y 70 años de edad, el 25.06% de los beneficiarios se encuentran entre los 50 y 60 años de edad, mientras que el menor rango correspondió a los beneficiarios con más de 70 años con un porcentaje de 15.97%.

GÉNERO DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

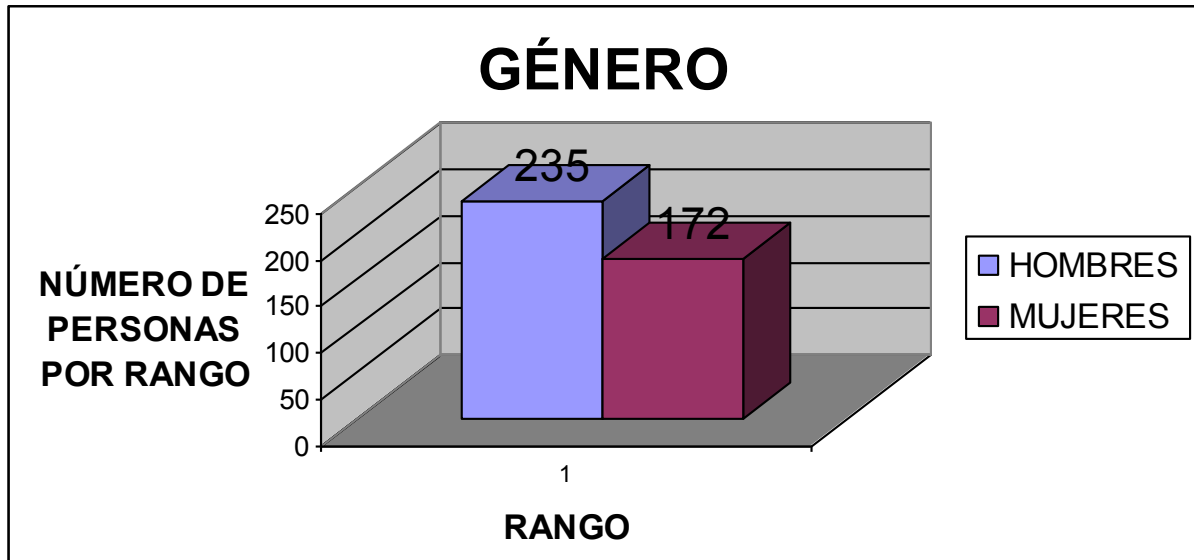


FIGURA 6

De las 407 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el primer periodo de pasantía se pudo determinar que el 57.74% de los beneficiarios son hombres, mientras que las mujeres corresponden al 42.26%.

ESTADO CIVIL DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

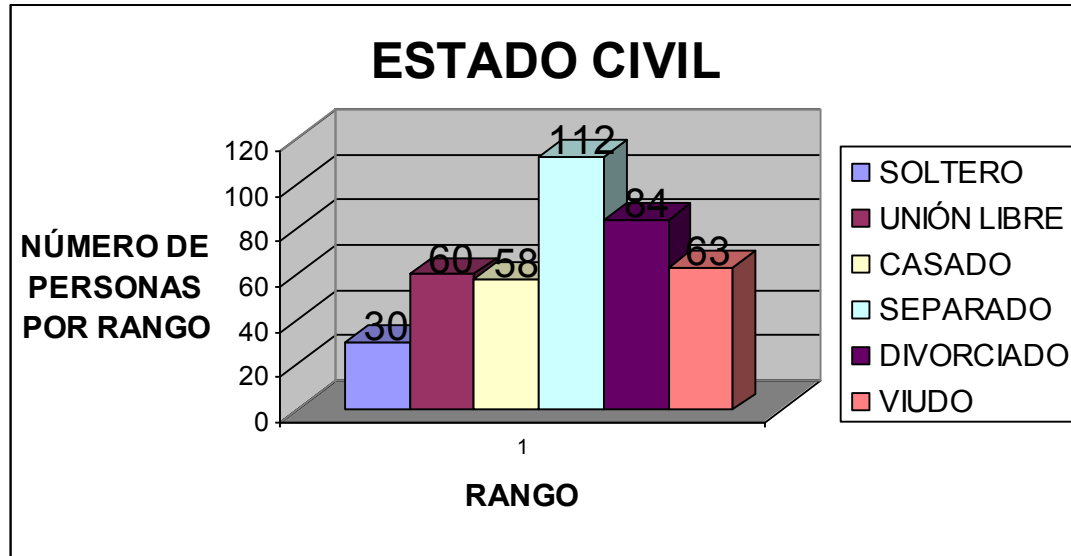


FIGURA 7

De las 407 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el primer periodo de pasantía se pudo determinar que el 27.52% de los beneficiarios se encuentran separados, el 20.64% están divorciados, el 15.48% es viudo, el 14.74% vive en unión libre, 14.25% está casado y el porcentaje más bajo correspondió a los solteros que representan el 7.37% del total de la población.

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

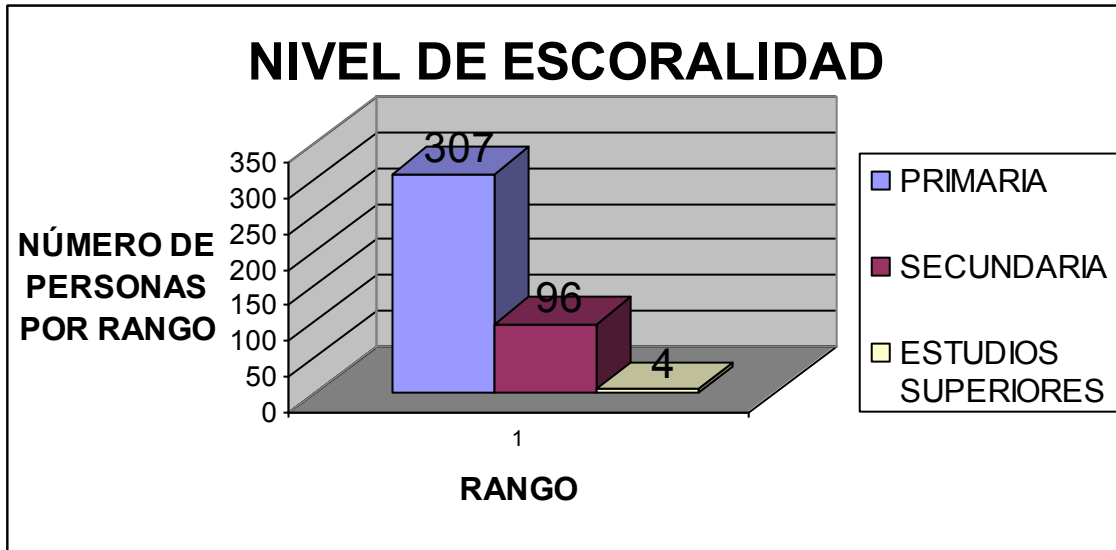


FIGURA 8

De las 407 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el primer periodo de pasantía se pudo determinar que el 75.43% de los beneficiarios solo estudiaron en primaria, el 23.59% tuvo acceso a la básica secundaria y finalmente el 0.98% accedió a la educación superior. Lo cual demuestra que la población es alfabeta, sin embargo muestra bajos niveles de escolaridad.

Ahora bien, los resultados obtenidos en la encuesta realizada a los 407 beneficiarios de la población trabajada durante el primer periodo de pasantía se obtuvieron las siguientes respuestas:

ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO

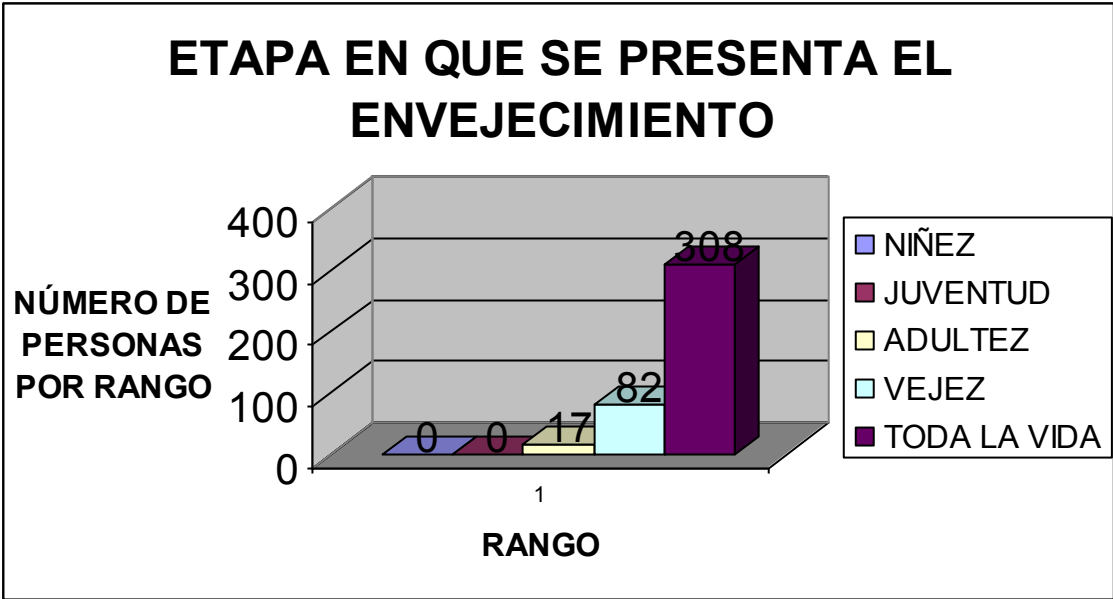


FIGURA 9

De las 407 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el primer periodo de pasantía se pudo determinar que el 75.83% de los beneficiarios considera que el envejecimiento se presenta durante todo el transcurso de la vida, mientras que el 20.85% piensa que solo se presenta durante el proceso de la vejez, el 3.32% considera que se presenta en la adultez. Según Lasing: “el envejecimiento es un proceso de deterioro, que cubre todo el ciclo vital”.

AREAS EN LAS QUE SE PRESENTA EL ENVEJECIMIENTO

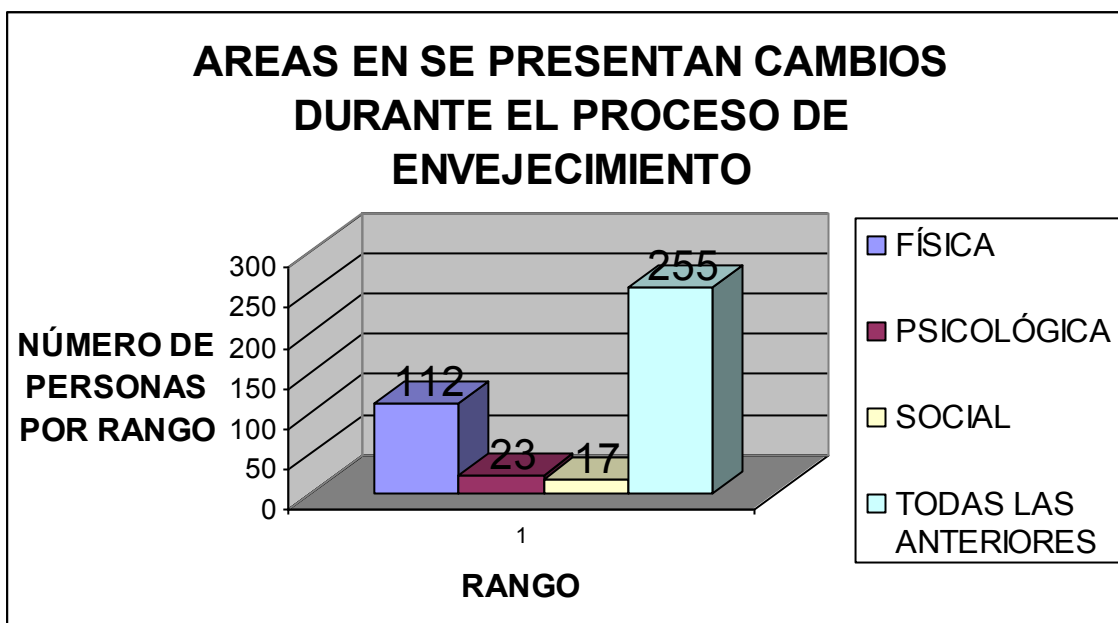


FIGURA 10

De las 407 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el primer periodo de pasantía se pudo determinar que el 51.66% de los beneficiarios considera que los cambios del envejecimiento se presenta en todas las áreas (física, psicológica, social), el 23.22% piensa que solo se presenta en el área psicológica, mientras que el 18.48% considera mas el área física y finalmente 8.06% le dan menos prevaencia al área social.

Algunos científicos como M. Burger describen el envejecimiento como un proceso de cambios reconocibles en cada individuo a medida que avanza la edad cronológica. La calidad y velocidad de tales cambios depende de la herencia genética y de condiciones y estilos de vida.

ACTIVIDADES EN LAS QUE SE OCUPA EL TIEMPO DE OCIO

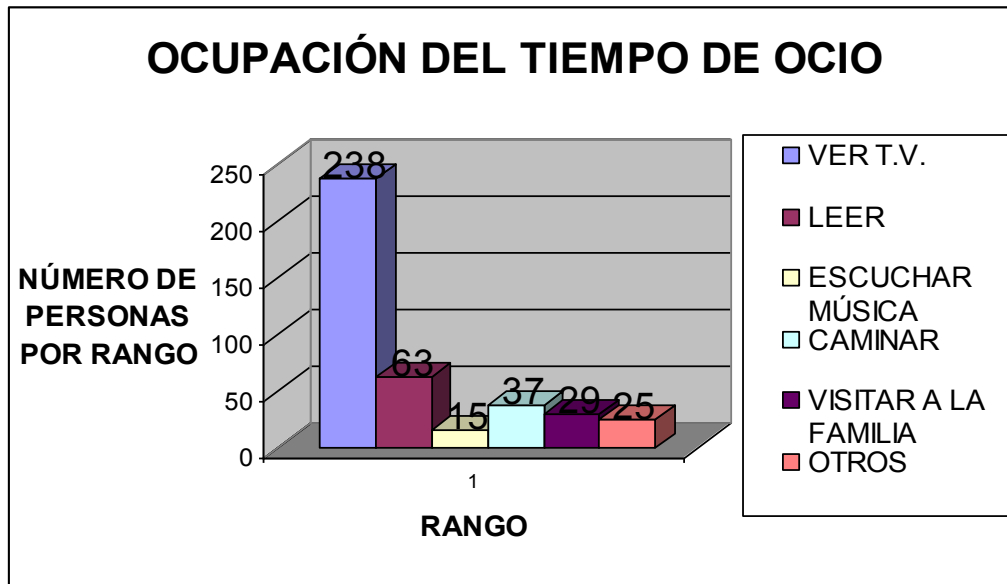


FIGURA 11

De las 407 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el primer periodo de pasantía se pudo establecer que el 60.19% de los beneficiarios les gusta mas ver televisión, el 14.22% se preocupan mas por leer, el 8.53% prefieren visitar a su familia, el 7.58% creen que caminar es mas provechoso para su salud, mientras que el 5.69% considera que otras actividades son mas importantes y finalmente el 3.79% escuchar música los mantienen mas activos. El Adulto Mayor cuenta con mucho tiempo libre, que debe ocupar de acuerdo con la situación psicológica, física y ambiental que lo rodea, para que el sedentarismo, el aburrimiento y la melancolía no comiencen a afectarlo. Es de vital importancia pues, la creación de espacios donde los adultos mayores puedan interactuar con personas de su misma edad

El total de población atendida durante el segundo periodo de pasantía los veinte (20) puntos de recepción de raciones preparadas y los seis (6) puntos de recepción de raciones para preparar es la siguiente:

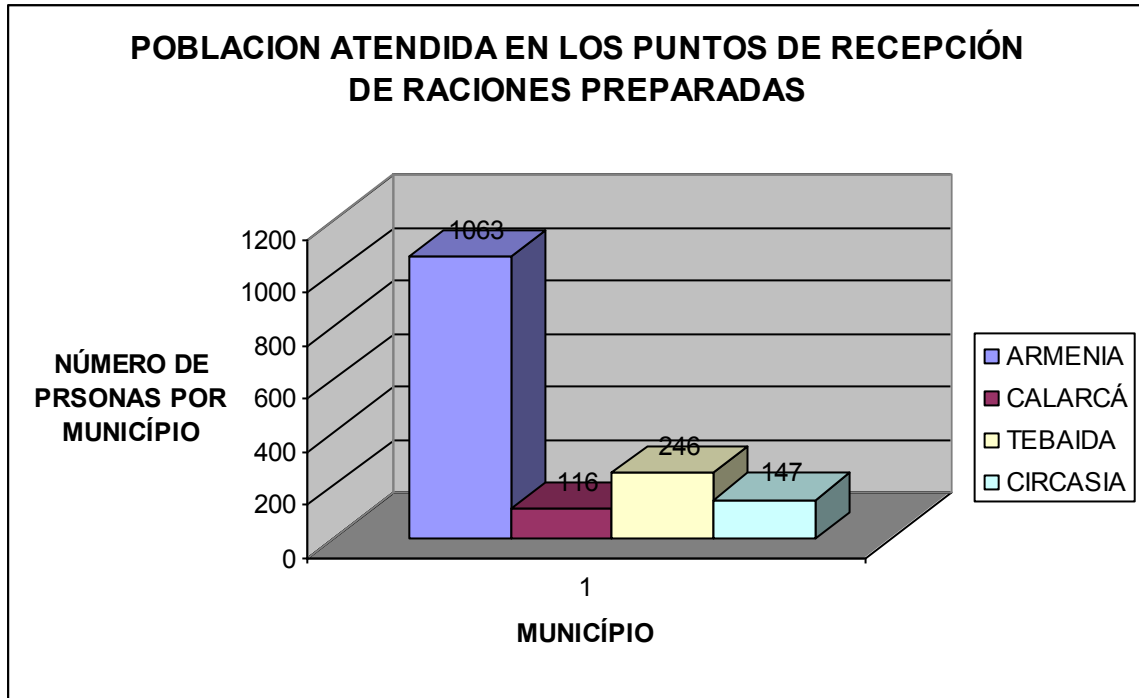


FIGURA 12

De las 503 personas beneficiarias de raciones preparadas con las cuales se trabajó durante el primer periodo de pasantía, la población más representativa es de 211.3% en el municipio de Armenia, y en orden descendente corresponden el 48.90% a la Tebaida, el 29.22% a Circasia y finalmente el porcentaje más pequeño corresponde a Calarcá con un 23.06%.

Para el segundo periodo de pasantía los puntos de recepción de raciones preparadas encuestados fueron los siguientes:

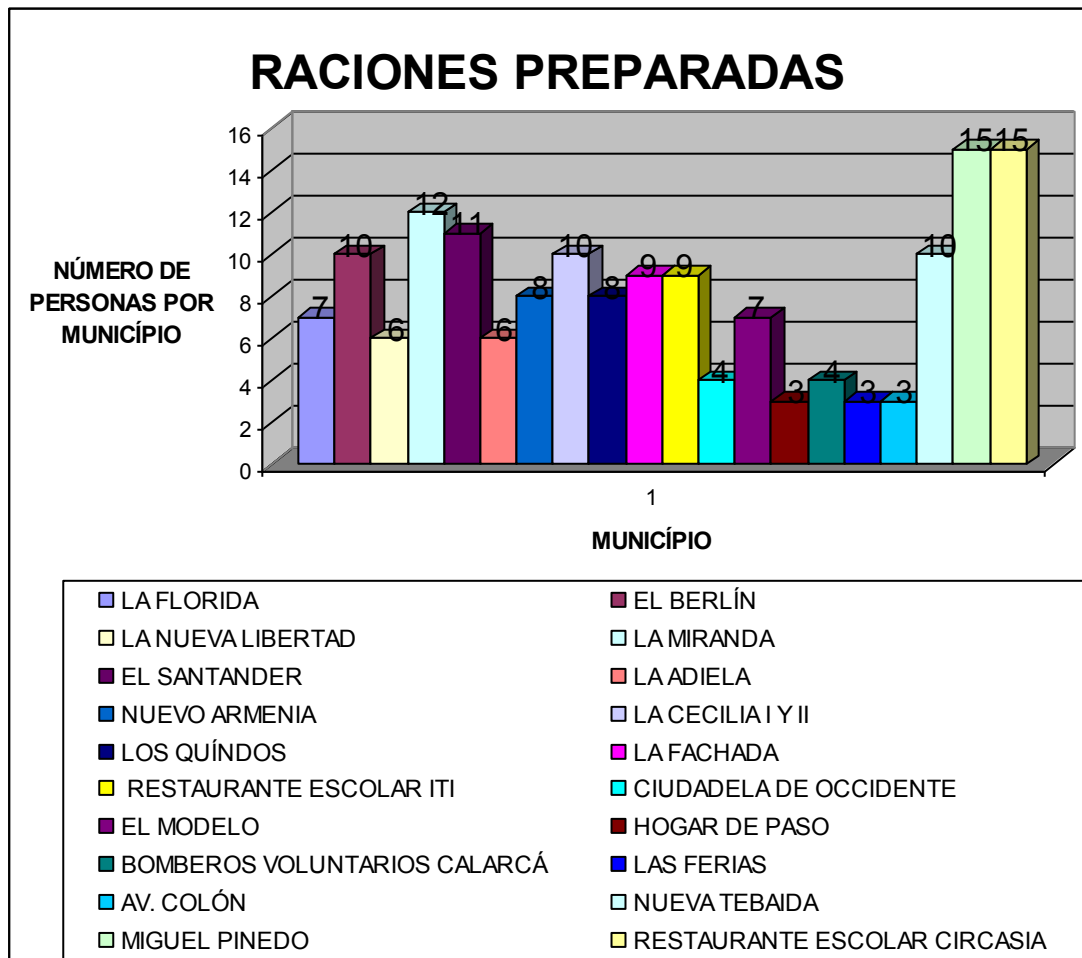


FIGURA 13

Los puntos de recepción enumerados en la gráfica corresponden a los diferentes municipios de la siguiente forma: Municipios y número de personas encuestadas en cada punto.

Municipio	Punto de recepción.	Numero de personas encuestadas.	Equivalencia porcentual.
Armenia	La Florida	7	4.75
Armenia	La Nueva Libertad	6	3.80
Armenia	Santander	11	3.48
Armenia	Nuevo Armenia	8	3.48
Armenia	Los Quindos	8	3.16
Armenia	Restaurante Escolar ITI	9	3.16
Armenia	El Modelo	7	3.16
Armenia	El Berlin	10	2.85
Armenia	La Miranda	12	2.85
Armenia	La Adiela	6	2.53
Armenia	Cecilia I Y II	10	2.53
Armenia	La Fachada	9	2.53
Armenia	Ciudadela de occidente	4	2.22
Calarcá	Luis Carlos Galán	8	2.53
Calarcá	Bomberos Voluntarios De Barcelona	4	2.53
Calarcá	Las Ferias	3	1.26
Calarcá	Av. Colón	3	1.26
Calarcá	Hogar de Paso	3	0.95
La Tebaida	Nueva Tebaida	10	3.16
Circasia	Restaurante Escolar	15	4.75

Los puntos de recepción de raciones para preparar atendidos fueron seis, estos son:

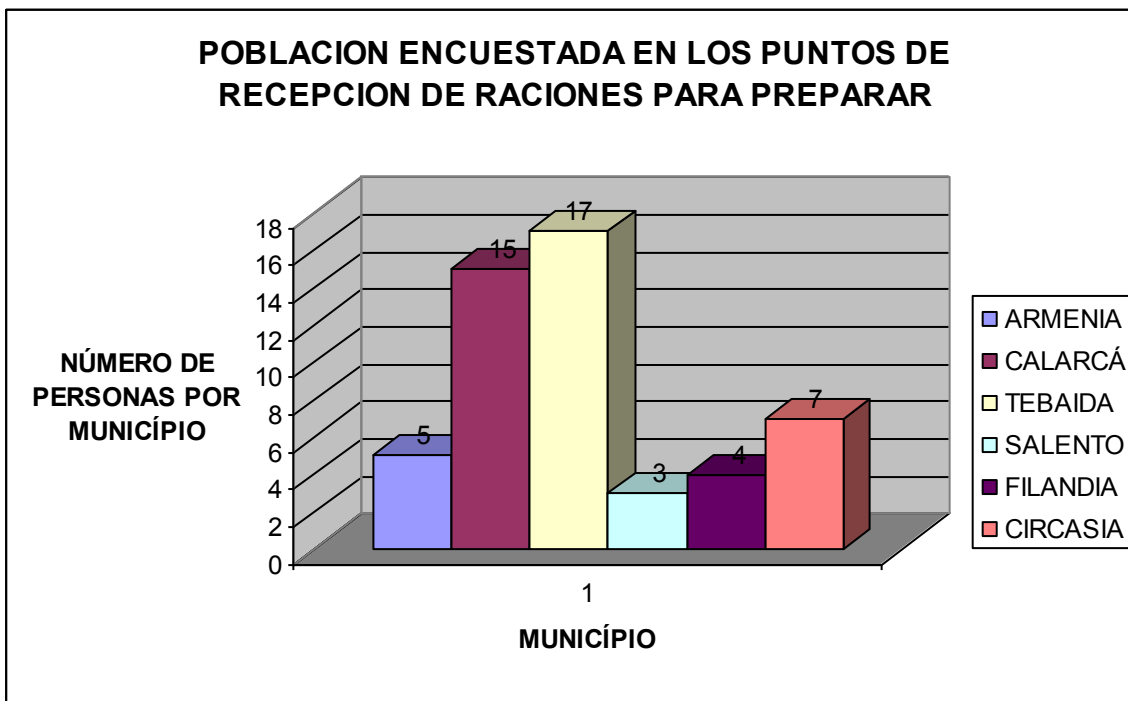


FIGURA 14

Los puntos de recepción enumerados en la gráfica corresponden a diferentes municipios de la siguiente forma Municipios y número de personas encuestadas en cada punto de la siguiente forma:

Municipio	Punto de recepción.	Numero de personas encuestadas.	Equivalencia Porcentual.
Armenia	PAB	5	9.80
Calarcá	PAB	15	29.41
Finlandia	RESTAURANTE ESCOLAR	4	7.84
Tebaida	PAB	17	33.33
Sáleno	PAB	3	5.88
Circasia	PAB	7	13.73

Ahora bien, la población encuestada para determinar los resultados obtenidos durante el segundo periodo de pasantía se identificó de la siguiente forma:

EDAD DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

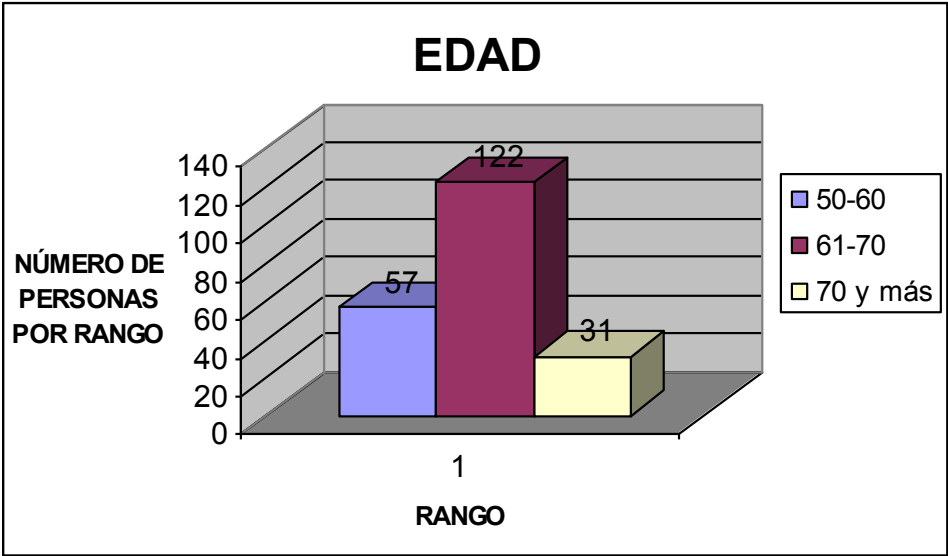


FIGURA 15

De las 211 beneficiarios encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 57.82% de los beneficiarios se encuentran entre los 61 y los 70 años de edad, el 27.06% se encuentra entre los 50 y los 60 años de edad, mientras que el porcentaje más bajos corresponde a los mayores de 70 años con el 14.69%.

GÉNERO DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

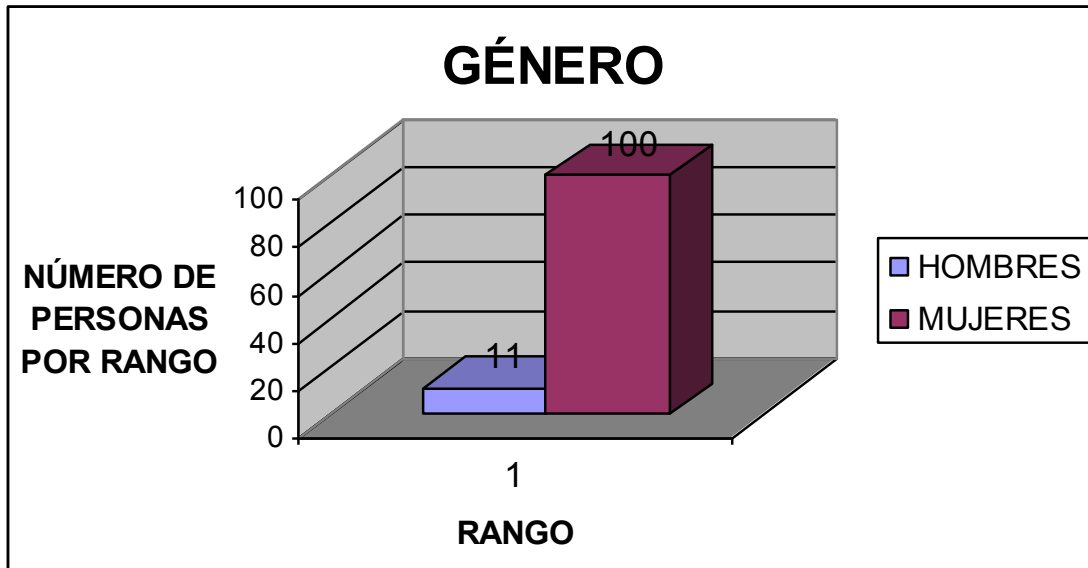


FIGURA 16

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 47.39% de los beneficiarios son hombres, mientras que el 5.21% son mujeres.

ESTADO CIVIL DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

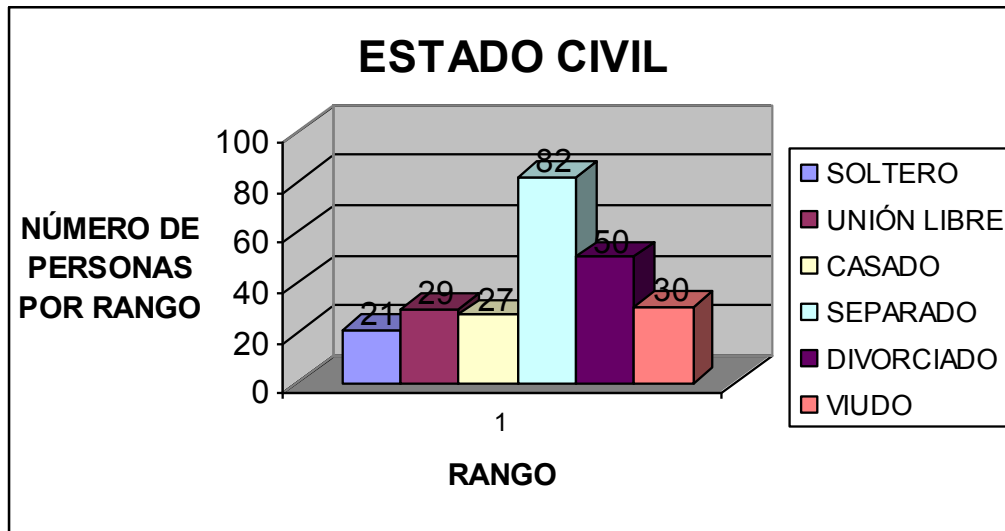


FIGURA 17

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 38.26% de los beneficiarios están separado, el 23.70% son divorciados, el 14.22% están viudos, el 13.74% están en unión libre, el 12.80% están casados y 9.95% es soltero.

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

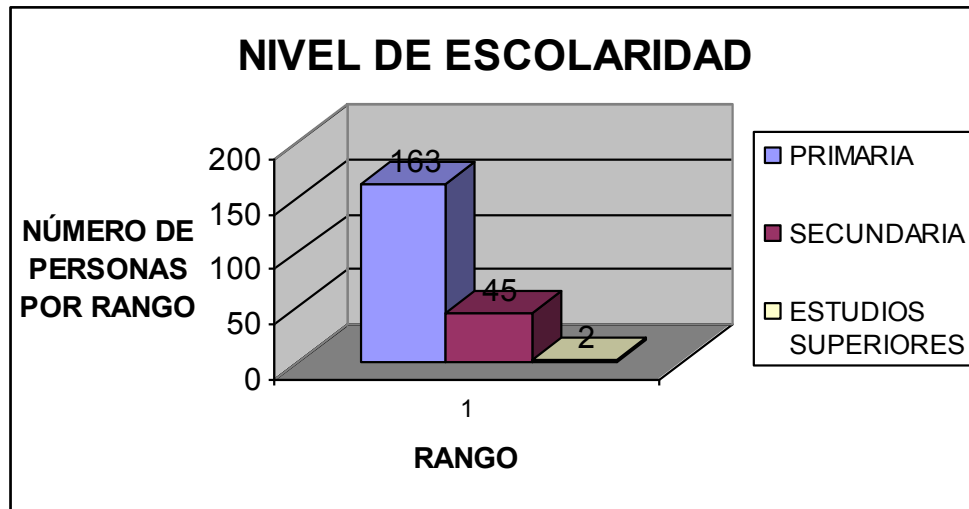


FIGURA 18

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 77.25% estudio la primaria, el 21.33% estudio la secundaria y solo el 0.95% tuvo acceso a estudios superiores.

Los resultados obtenidos en las respuestas aportadas por los beneficiarios de los puntos de recepción de alimentos en las encuestas realizadas a la población con la que se trabajó durante el segundo periodo de pasantía son los siguientes:

FORTALECIMIENTO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

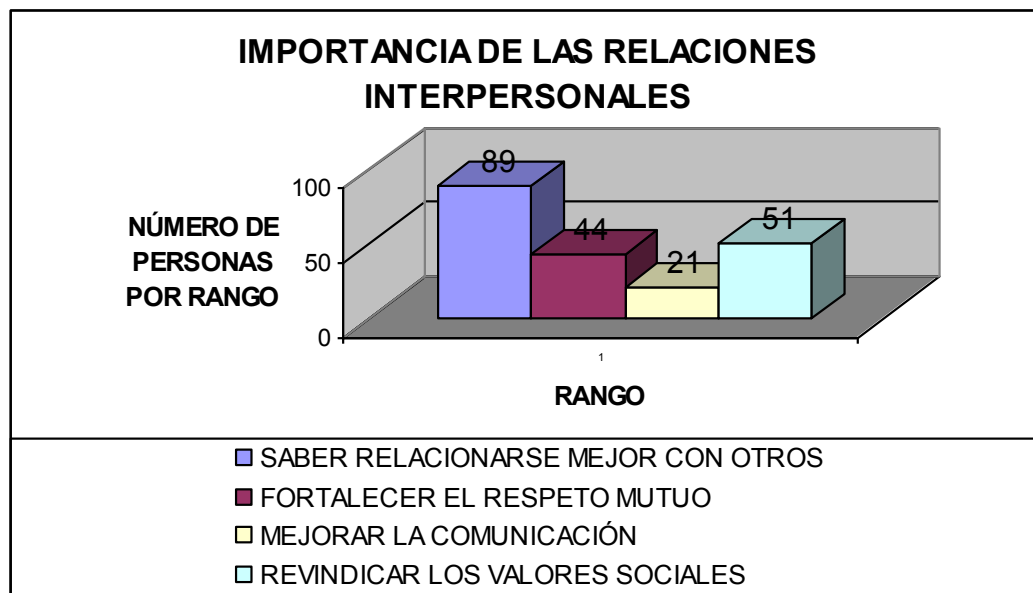


FIGURA 19

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 42.18% saben relacionarse mejor con otros, el 24.17% reivindican los valores sociales, 20.85% fortalecen el respeto mutuo y el 9.95% mejora la comunicación.

Según Laura Trinidad Olivero, las relaciones interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas, e involucra los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno/una. Para ello se hacen necesarias aquellas destrezas sociales y emocionales que promueven la habilidad para comunicarse clara y directamente, escuchar atentamente, resolver conflictos y expresarse se manera honesta y auténtica. Entre estas se cuentan: Sociales, Comunicación, Autoconocimiento y Límites.

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

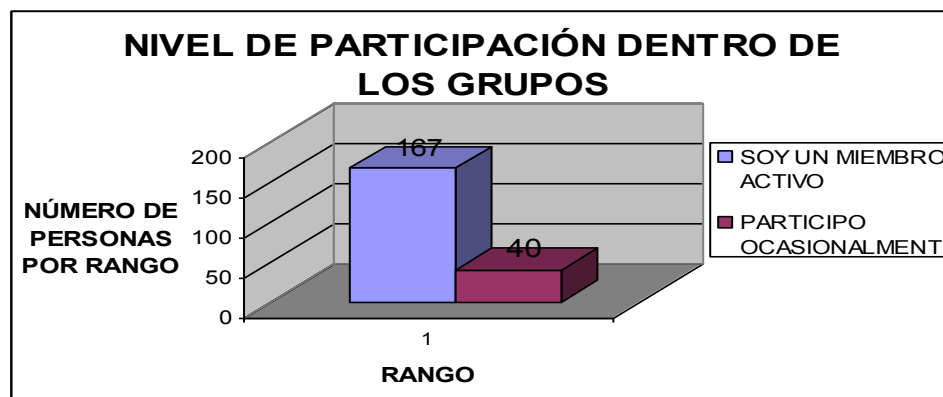


FIGURA 20

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 79.15% son miembros activos, mientras que el 18.96% participan ocasionalmente. Según Mouján Fernández, participar es devenir en el otro sin dejar de ser uno mismo y el otro sin dejar de ser otro. Es decir, sin establecer entre Yo y otro ninguna relación o estructura que los ligue de una manera estable o equilibrada.

IDENTIFICACION DE LÍDERES

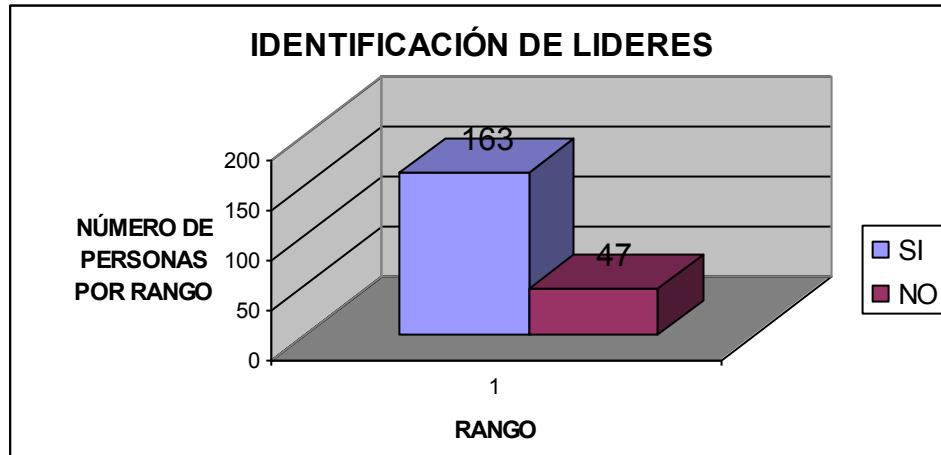


FIGURA 21

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 81.72% de los beneficiarios manifestaron la existencia de líderes en los diferentes grupos, mientras que el 18.27% respondieron que no. Según Ofelia Ramírez, el líder es fundamental en la constitución y desarrollo de las organizaciones. La sociedad en general y las comunidades en particular necesitan de líderes para encauzar los esfuerzos colectivos a la solución de sus problemas.

TIPOS DE LIDERAZGO

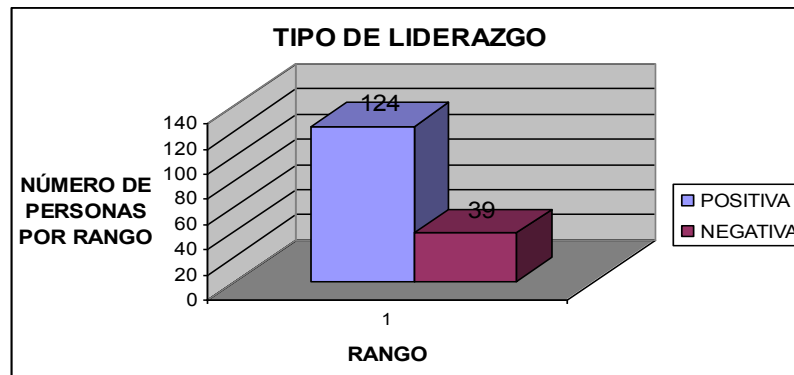


FIGURA 22

De las 197 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 59.90% de los beneficiarios se consideran que los líderes de sus grupos influyen positivamente, mientras que el 21.83% de los beneficiarios manifestaron que los líderes influyen de forma negativa en los grupos.

Según Velásquez Montoya, existen varios tipos de liderazgo entre esas se cuentan el autocrático líder coordina el trabajo y asigna a cada persona su lugar sin derecho a discusión, paternalista el líder se interesa realmente por el grupo, a toda hora desea verlos contentos, los alaba o critica y raramente es severo clasificación el líder es quien decide lo que el grupo debe hacer y como debe hacerlo, el no intervencionista en este tipo de liderazgo no se presenta soluciones; no se aprueba ni desaprueba, no hay toma de decisiones, el democrático el líder procura intervenir y clasificar los objetivos y se comparte mas como un consejero que como la persona poseedora de la decisión y la solución y en el transformativo todos se unen para buscar un bien común y no un beneficio individual, este aspecto hace que ellos encuentren significado y sentido a su labor y se sienten cada vez más comprometidos en la búsqueda de sus objetivos.

COMO MEJORAR LA SALUD FISICA

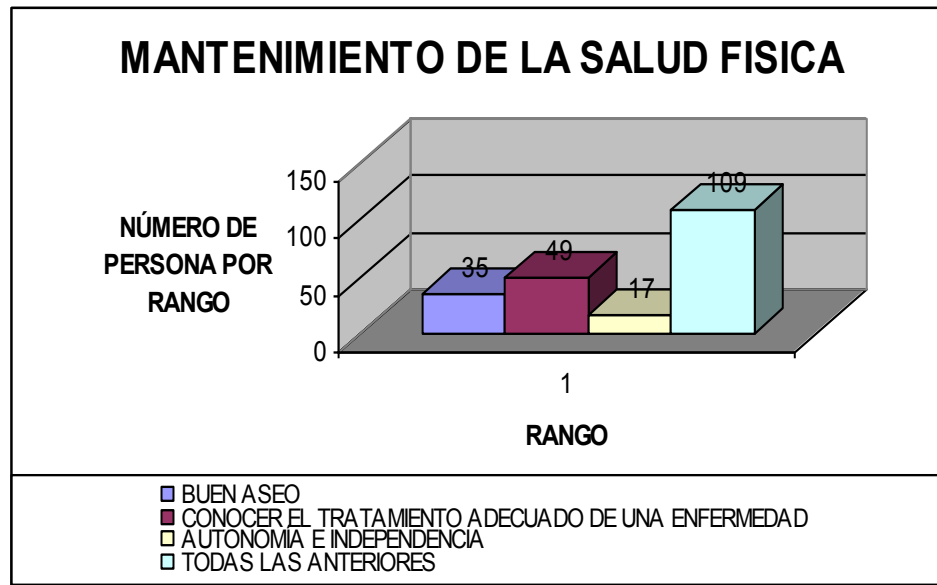


FIGURA 23

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 51.66% de los beneficiarios considera que el buen aseo, conocer el tratamiento adecuado de las enfermedades, la autonomía y la independencia en conjunto son necesarias para mantener en buen estado la salud física, el 23.22% considera que la salud física se mantiene en mejor estado cuando se conoce y se sigue el tratamiento adecuado de las enfermedades, el 18.48% atribuye al buen aseo el mantenimiento de esta, mientras que el 8.06% consideró que el mantenimiento de la autonomía y la independencia mantienen la salud física por más tiempo.

SON IMPORTANTES LA HIGIENE, EL SUEÑO Y LOS HABITOS EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD

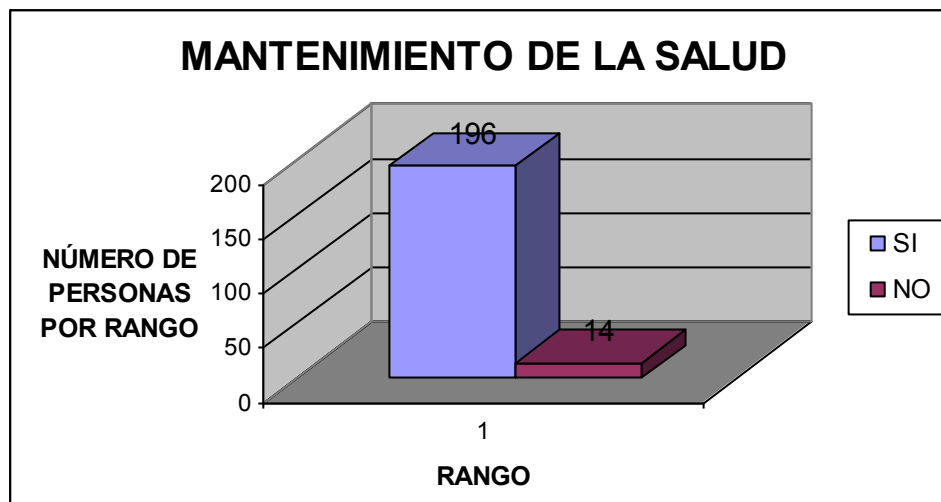


FIGURA 24

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 92.89% considera importantes el sueño y los buenos hábitos nutricionales para el mantenimiento de la salud, mientras que el 6.64% no los considera importantes.

El mantenimiento de la salud es muy importante por que nos permite estar más activos, mejorando la apariencia individual y la autoestima. Debemos tener en cuenta que todo ser humano pasa por unos cambios individuales que trae el envejecimiento, ya sean por los factores fisiológicos y por las enfermedades que pueden afectar la ingesta de alimentos en las personas mayores

RESILIENCIA EN ADULTO MAYOR

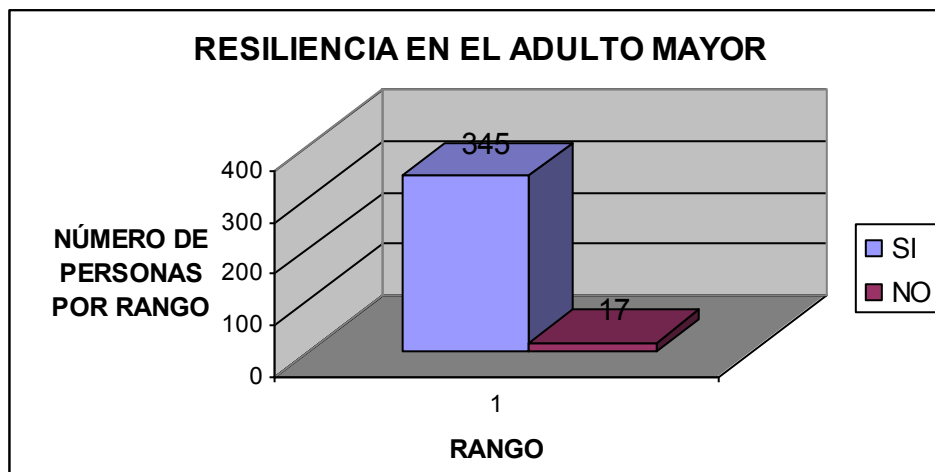


FIGURA 25

De las 211 personas encuestadas en los grupos trabajados durante el segundo periodo de pasantía se pudo determinar que el 163.5% considera importantes los conocimientos obtenidos, mientras que el 8.05% no los considera importantes. Cabe destacar que la resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

Cabe recordar, que la actividad Recordar es vivir – Contando mi propia historia se llevó a cabo en todos los puntos de recepción del Departamento del Quindío; esta actividad se desarrolló en conjunto por las Gerontólogas Viviana Julieth Patiño Piedrahita y Dora María Sepúlveda Polanía, y dado que la historia fue narrada por los mismos adultos y adultas mayores no era posible evaluar los resultados por medio de la encuesta, sino

que la evaluación de resultados se realizó por medio de la recopilación de las conclusiones generales del total de grupos de trabajo. Dichas conclusiones son las siguientes:

- La ascendencia predominante en los actuales pobladores de la región es de procedencia santandereana, tolimense, vallecaucana, cundinamarquense, caldense y antioqueña, en respectivo orden de importancia representativa.
- El estilo de crianza con el que fueron educados se caracterizó fundamentalmente por las estrictas normas, los fuertes castigos (en la gran mayoría de casos maltratantes), la baja accesibilidad a la educación básica, la fuerte y arraigada presencia de valores sociales, y sobre todo, la temprana edad a la que se empezaron a desempeñar en el campo laboral.
- La fuerte presencia de raíces campesinas, y la aceptación de una sociedad machista, que en muchos casos excluía a la mujer, la sometía o la subvaloraba.
- En la mayoría de casos se asemejó el tren con un animal gigante, al verlo por primera vez, además, asocian a la bonanza cafetera la aparición de los ferrocarriles y la aviación en el país.
- En la mayoría de puntos se trabajó de forma limitada el tema de la violencia de la década de los 50`, la cual fue asociada a desplazamiento forzado, pérdida de familia y represión en todos los aspectos sociales. Es relevante resaltar que en los municipios de Córdoba, Pijao y Génova los asistentes se rehusaron a hablar acerca de este tema, mientras que en los grupos restantes, si bien hubo recelo, se habló del tema.

- En la gran mayoría de casos los viejos se mostraron indignados con la sociedad actual, dado el alto grado de discriminación por la edad que se presenta actualmente, y aunque ellos se muestran dispuestos a seguir desempeñando labores remuneradas, manifiestan que esta posibilidad les es limitada, lo cual ha hecho frustrante el cese laboral.
- los viejos hicieron una comparación entre las generaciones. Desde su análisis a pesar de la “violenta” forma en la que fueron educados, les fueron inculcados valores muy fuertes, mientras que a las generaciones de hoy no se les han inculcado valores tan fuertes como a ellos. Por otra parte, las generaciones presentes tienen más oportunidades de educarse y “progresar”, en contrapeso con las oportunidades que ellos tuvieron, y sobre todo resaltan el respeto con el que era visto el adulto mayor cuando ellos eran niños, mientras que en la actualidad el viejo no reviste de importancia social.

Finalmente a través de esta actividad se le pudo brindar a los adultos y adultas mayores la oportunidad de ser escuchados y algunos destacarse por contado mas anécdotas que sus compañeros, aumentando el nivel de participación entre los mismos.

8. DIFICULTADES

- Al inicio de los talleres hubo cierto grado de resistencia por parte de unos pocos adultos y adultas mayores, puesto que según lo manifestaron, no les interesaba iniciar un proceso que no iba a perdurar, pues al ser una pasante en la Fundación, pensaban que el proceso sería de unos pocos días; sin embargo en los talleres siguientes fueron integrándose y entusiasmándose con los temas tratados.
- En la mayoría de puntos de recepción de raciones preparadas, los espacios son abiertos o de uso comunitario, razones por las cuales la voz se dispersa y se dificulta ser escuchados. Para evitar estos problemas, se optó por dividir los grupos numerosos para disminuir la dispersión de la voz.
- En el PAB de Circacia se logró cambiar el punto de entrega de raciones para preparar, puesto que en un inicio se entregaban propiamente en el PAB, el cual dada su infraestructura más que ser inadecuado para los adultos y adultas mayores, era peligroso; ahora las raciones se están entregando en el Restaurante Escolar.
- Probablemente la dificultad más fuerte, es el hecho de la ubicación de la totalidad de los puntos de recepción de raciones preparadas puesto que los lugares son de estratos muy bajo, y en la mayoría de casos peligrosos.
- Dentro de los requisitos del PANAM *“JUAN LUIS LONDÓÑO DE LA CUESTA”* una de las especificaciones dice que en el punto de recepción no debe haber animales y que los beneficiarios no deben compartir sus alimentos con nadie, ni empacarlos para llevárselos; sin embargo en muchas ocasiones la gerontóloga tuvo desavenencias con los beneficiarios porque llevaban sus mascotas, o porque sus

nietos los acompañaban y compartían sus alimentos con ellos. Para evitar este problema se optó por prohibir la entrada de menores a los puntos.

- En la mayoría de puntos, los adultos y adultas mayores manifestaron tener disminuida la capacidad auditiva, a razón de lo cual la Gerontóloga y los mismos beneficiarios debían hacer un esfuerzo muy grande para poder ser escuchados, lo cual a la larga terminó por maltratar bastante a la Gerontóloga.

- Al inicio de las actividades hubo problemas en cuanto a la comunicación, puesto que la Gerontóloga no se daba a entender adecuadamente a los participantes; es decir, el vocabulario utilizado en varias ocasiones no era conocido por los adultos y adultas mayores, razón por la cual se optó por ejemplificar lo que se quería dar a conocer.

9. CONCLUSIONES

- La aplicación de un taller lúdico enfocado al fortalecimiento en el área de la salud permite en el adulto y adulta mayor adquirir conocimientos tales como: el envejecimiento y sus cambios, control y tratamiento de enfermedades, patologías más frecuentes en la vejez y accesibilidad a los centros de asistencia médica.
- Brindar al adulto y la adulta mayor espacios donde exploren, recreen y construyan conocimientos a partir de la autonomía e independencia y uso del tiempo libre, para así ser aplicados en su vida.
- El facilitar procesos de participación, observación, percepción en el adulto y la adulta mayor permite la adquisición de conocimientos los cuales utilizaran como herramienta para mejorar sus condiciones de vida.
- Al aplicar la técnica del *FED-BAKC* en mi propuesta se busca integrar al adulto y adulta mayor, haciéndolos partícipes de un proceso de enseñanza - aprendizaje en la adquisición de conocimientos que pondrán en práctica en su diario vivir.
- A través del tema tratado sobre la resiliencia se dieron alternativas para que los adultos y adultas mayores formularan proyectos y metas a corto y mediano plazo, teniendo en cuenta sus condiciones actuales
- Al ofrecer talleres que permitan el contacto corporal facilitan en el adulto y adulta mayor la receptividad a temas relacionados con la sexualidad, brindándoles la seguridad emocional que da el sentirse querido.

- Se debe aprovechar al máximo el tesoro de la sabiduría y experiencia que poseen los adultos y adultas mayores y que sólo por eso merecen respeto, por lo cual deben ser valoradas y no marginadas.

- Los talleres realizados tuvieron una excelente receptividad entre los beneficiarios, puesto que los temas tratados fueron pertinentes según las necesidades tanto grupales, como individuales. A razón de lo descrito anteriormente los adultos y adultas mayores de los diferentes puntos de recepción han dado inicio a cambios en cuanto a sus estilos de vida, lo que a largo plazo influirá en sus condiciones de vida.

- Por medio del programa realizado con los adultos y adultas mayores se logró que entre ellos hubiese mas respeto, en la forma de hablarse y de tratarse, y en la forma general de relacionarse con su entorno inmediato (barrio, familia, pareja, amigos).

10. RECOMENDACIONES

Durante el proceso de la pasantía se pudo observar algunos aspectos que es necesario mejorar, las recomendaciones que se hacen a la Fundación Colombia una Nación Cívica - CONCÍVICA son:

- Se le recomienda a la Fundación CONCÍVICA enfatizar en talleres con los operarios, con el fin de que estos últimos entiendan que los adultos y adultas mayores no son niños y no se deben tratar como tales, son adultos mayores, que merecen un trato digno basado en el respeto y tolerancia.
- La continuidad de programas enfocados en educación contribuirán a mejorar las condiciones de vida de los adultos y adultas mayores beneficiarios del PANAN *“JUAN LUÍS LONDÓÑO DE LA CUESTA”*.
- Crear espacios alternativos para el adecuado uso del tiempo libre, de forma tal que se les brinde la posibilidad de recrearse e invertir su tiempo libre en actividades benéficas a nivel individual y grupal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE, Eduardo. Enfoques Teóricos Contemporáneos en Psicología. Bogotá: ed. Arfin Ediciones, 1997.
- ARANGO López, Maria Elizabeth. Envejecimiento, vejez y normatividad jurídica. 1995.
- ARDILA, Alfredo y ROSSELLI Mónica. La vejez, neuropsicología del fenómeno de envejecimiento. Medellín: Prensa creativa. 1986
- BAZO, María Teresa y otros. Envejecimiento y sociedad, una perspectiva internacional. Madrid: ed Medica Panamericana, 1999.
- BELSKY, Janet. Psicología del Envejecimiento: Ed. Paraninfo. Thomson Learning.
- BETANCOURT de Palacio, Lucy. En Colombia florece el amor. Principios de convivencia. Fundación taller de amor. Sexta edición. 1998.
- BUITRAGO A. Cielo. La Gerontología: Algunos Antecedentes de la Gerontología en Colombia Documento. N° 10 y proceso de envejecimiento Documento N° 2.
- CORREDOR TORRES, Blanca Cecilia y SALAMANCA SANTOS, Maria del Pilar. Semillas de Enseñanza. Guía Práctica para la Realización de Talleres de Desarrollo Personal.
- Corporación Opción Colombia. (2001), "Manual Constructores de País". Bogotá

- CRAIG, Grace J. Desarrollo Psicológico: Ed. Pretince Hall. Sexta Edición. 1992.
- CUNILL, Nuria. Participación ciudadana, Caracas: CLAD, 1991.
- Defensoría del Pueblo. Derechos humanos. Santa Fé de Bogotá. 2002
- Defensoría del Pueblo, Vicepresidencia de la República y Red de Solidaridad Social. La nueva constitución y la vejez. Santa Fé de Bogotá, D.C., 1996.
- DULCEY RUIZ, Elisa y URIBE VALDIVIESO, Cecilia. Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. En: Revista Latinoamericana de Psicología. Bogotá. Vol. 34, no. 1-2 (2002).
- EDUSALUD. Adolescencia Sexualidad y Auto cuidado, Una propuesta actual. Serie Educación Integral. 2 ed. Armenia: POL, 1997. 65 p.
- FARRÉ MARTÍ Joseph y LASHERAS PEREZ Gracia. Enciclopedia de la Psicología. España: Océano, sf. 664 p
- GARCIA, HERNÁNDEZ Fernando y OSPINA, CARDONA Augusto. Técnicas de expresión oral y escrita. Universidad del Quindío. Programa de educación a distancia. sf.
- GOMEZ, José y CURCIO, Carmen. Valoración Intégral de la Salud del Anciano. Manizales : ed. Artes Gráficas. 2002.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS. Compendio tesis y otros trabajos de grado, con la reforma a la norma 1486 2007.

- IZAL, María y MONTORIO, Ignacio. Gerontología conductual, bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Síntesis S.A., 1999.
- JIMÉNEZ SEGURA, Flor. Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia de personas mayores entre los 65 y 75 años. En: Actualidades investigativas en educación. Costa Rica. Vol. 4, no. 2 (2004).
- JUNQUÉ, Carme y JURADO, M. Ángeles. Envejecimiento y Demencias. Barcelona: Martínez Roca. 2000. p. 207.
- LAFOREST, Jacques. Introducción a la Gerontología: El arte de envejecer. Barcelona: ed. Herder S.A. 1991.
- LEDERACH J.P. (Educar para la Paz) Fontamara, 1984.
- MOLINA, María Mercedes, Historia de Vida. En: Revista de la Universidad del Tolima. Ibagué. Vol. 13, no. 21 (Diciembre de 2003).
- NIRENBERG Olga, Brawerman Josette y Ruiz Violeta. Programación social. Capítulo 1.
- PAPALIA, Diane; WENDKOS OLDS, Sally y DUSKIN FELDMAN, Ruth. Desarrollo Humano. 8ed. Bogotá: Mc Graw Hill. 2001.
- Proyecto de Atención Primaria en Salud, ACODAL gerencia zona 11, Fondo para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental ACODAL y Fundación para el Desarrollo de la

Educación en Salud en Colombia FUDESCO. Autocuidado de la salud para adultos mayores.

- OLIVERO, Laura Trinidad. Relaciones interpersonales y convivencia.
- RICE, Philip. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. 2 ed. México: Printed in México. 1997.
- RAMIREZ, Ofelia. Modulo de desarrollo comunitario. Neiva: Universidad Surcolombiana, Facultad de Ciencias de la Educación, Programa de Administración Educativa a Distancia, 1997.
- ROJAS, Abel Pérez, Maestro en Formación Permanente por el Centro Internacional de Prospectiva y Altos Estudios. En: Revista Universidad Autónoma de Puebla. Puebla. Vol. 34, no. 13 (ene. – jun. 1994).
- RUIPEREZ, CANTERA, I. y LLORENTE DOMINGO, P. Manuales Prácticos de Enfermería: Auxiliares y Cuidadores de Ancianos. Bogotá. Mc Graw Hill. 1997.
- SALAZAR, Luz Dary. Revista Universidad del Quindío Vol. 6 n° 1. La seguridad social y la población vieja. 1997
- VELAZQUEZ, C. Fabio y González R. Esperanza. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?. Santa Fé de Bogotá: fundación Corona. 2003.

FUENTES DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA

- FERNÁNDEZ, Mouján. 2002. En: www.macroaldea.com.
- Instituto Alexander Von Humboldt. Información Municipal y Regional Asociada a la biodiversidad en Colombia -INFORMAR-. Bogotá, 2001. TOMADO DE: www.humboldt.org.co
- MAYA, Luz Helena. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. En: <http://www.funlibre.org>
- www.culturadepaz.info
- http://www.culturadepaz.info/conflictos/resolucion_conflictos.php.
- <http://www.discapacidad.gov.co>
- <http://www.facmed.unam.mx>
- <http://www.fundacionpobreza.cl>
- <http://www.funlibre.org>
- www.icrc.org/spa/dih

- www.lablaa.org/ayudadetareas/politica/poli61.htm
- <http://www.memo.com.co/>
- www.once.es
- <http://www.ondasalud.com>
- <http://www.paho.org>: Portal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
- <http://www.who.org>: Portal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

ANEXO 1.

CRONOGRAMA DE LOS TALLERES REALIZADOS DURANTE EL MES DE ENERO DE 2007				
MUNICIPIO	PUNTO DE RECEPCIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA
CALARCÁ	HOGAR DE PASO	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	2
CALARCÁ	BOMBEROS	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	3
CALARCÁ	LAS FERIAS	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	4
CALARCÁ	AV. COLÓN	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	5
CIRCACIA	RESTAURANTE ESCOLAR	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	9
LA TEBAIDA	MIGUEL PINEDO	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	10
LA TEBAIDA	NUEVA TEBAIDA	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	11
ARMENIA	LA FLORIDA	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	12
ARMENIA	NUEVA LIBERTAD	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	15
ARMENIA	CIUDADELA DE OCCIDENTE	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	16
ARMENIA	ITI	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	17
ARMENIA	LA FACHADA	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	18
ARMENIA	LOS QUINDOS	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	19
ARMENIA	LA CECILIA I Y II	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	22
ARMENIA	LA ADIELA	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	23

CRONOGRAMA DE LOS TALLERES REALIZADOS DURANTE EL MES DE ENERO DE 2007				
MUNICIPIO	PUNTO DE RECEPCIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA
ARMENIA	NUEVA ARMENIA	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	24
ARMENIA	LA MIRANDA	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	25
ARMENIA	SANTANDER	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	26
ARMENIA	EÑ BERLÍN	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	29
ARMENIA	EL MODELO	VIVIANA JULIETH	RELACIONES INTERPERSONALES Y FORTALECIMIENTO DE LAS MISMAS	30

CRONOGRAMA DE LOS TALLERES REALIZADOS DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2007

MUNICIPIO	PUNTO DE RECEPCIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA
CALARCÁ	HOGAR DE PASO	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	1
CALARCÁ	BOMBEROS	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	2
CALARCÁ	LAS FERIAS	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	3
CALARCÁ	AV. COLÓN	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	5
CIRCACIA	RESTAURANTE ESCOLAR	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	6
LA TEBAIDA	MIGUEL PINEDO	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	7
LA TEBAIDA	NUEVA TEBAIDA	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	8
ARMENIA	LA FLORIDA	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	9
ARMENIA	NUEVA LIBERTAD	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	12
ARMENIA	CIUDADELA DE OCCIDENTE	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	13
ARMENIA	ITI	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	14
ARMENIA	LA FACHADA	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	15
ARMENIA	LOS QUINDOS	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	16
ARMENIA	LA CECILIA I Y II	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	19
ARMENIA	LA ADIELA	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	20
ARMENIA	NUEVA ARMENIA	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	21
ARMENIA	LA MIRANDA	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	22
ARMENIA	SANTANDER	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	23
ARMENIA	EÑ BERLÍN	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	26
ARMENIA	EL MODELO	VIVIANA JULIETH	PARTICIPACIÓN Y LIDERAZGO	27

CRONOGRAMA DE LOS TALLERES REALIZADOS DURANTE EL MES DE MARZO DE 2007

MUNICIPIO	PUNTO DE RECEPCIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA
CALARCÁ	HOGAR DE PASO	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	1
CALARCÁ	BOMBEROS	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	2
CALARCÁ	LAS FERIAS	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	5
CALARCÁ	AV. COLÓN	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	6
CIRCACIA	RESTAURANTE ESCOLAR	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	7
LA TEBAIDA	MIGUEL PINEDO	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	8
LA TEBAIDA	NUEVA TEBAIDA	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	9
ARMENIA	LA FLORIDA	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	12
ARMENIA	NUEVA LIBERTAD	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	13
ARMENIA	CIUDADELA DE OCCIDENTE	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	14
ARMENIA	ITI	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	15
ARMENIA	LA FACHADA	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	16
ARMENIA	LOS QUINDOS	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	20
ARMENIA	LA CECILIA I Y II	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	21
ARMENIA	LA ADIELA	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	22
ARMENIA	NUEVA ARMENIA	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	23
ARMENIA	LA MIRANDA	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	26
ARMENIA	SANTANDER	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	27

CRONOGRAMA DE LOS TALLERES REALIZADOS DURANTE EL MES DE MARZO DE 2007				
MUNICIPIO	PUNTO DE RECEPCIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA
ARMENIA	EÑ BERLÍN	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	28
ARMENIA	EL MODELO	VIVIANA JULIETH	PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ	29

CRONOGRAMA DE LOS TALLERES REALIZADOS DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2007

MUNICIPIO	PUNTO DE RECEPCIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA
CALARCÁ	HOGAR DE PASO	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	2
CALARCÁ	BOMBEROS	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	3
CALARCÁ	LAS FERIAS	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	4
CALARCÁ	AV. COLÓN	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	9
CIRCACIA	RESTAURANTE ESCOLAR	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	10
LA TEBAIDA	MIGUEL PINEDO	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	11
LA TEBAIDA	NUEVA TEBAIDA	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	12
ARMENIA	LA FLORIDA	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	13
ARMENIA	NUEVA LIBERTAD	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	16
ARMENIA	CIUDADELA DE OCCIDENTE	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	17
ARMENIA	ITI	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	18
ARMENIA	LA FACHADA	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	19
ARMENIA	LOS QUINDOS	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	20
ARMENIA	LA CECILIA I Y II	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	23
ARMENIA	LA ADIELA	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	24
ARMENIA	NUEVA ARMENIA	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	25
ARMENIA	LA MIRANDA	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	26
ARMENIA	SANTANDER	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	27

CRONOGRAMA DE LOS TALLERES REALIZADOS DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2007				
MUNICIPIO	PUNTO DE RECEPCIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES REALIZADAS	FECHA
ARMENIA	EÑ BERLÍN	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	28
ARMENIA	EL MODELO	VIVIANA JULIETH	RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR	29

ANEXO 2

ENCUESTA PARA EVALUAR EL NIVEL DE ACERTIVIDAD DE LOS TEMAS TRATADOS DURANTE EL PERIODO DE PASANTÍA

FECHA: DÍA ____ MES _____ AÑO _____

I. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO

Punto de recepción: _____

Beneficiario: _____

II. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

1. Edad: a. 50 a 60 ____ b. 61 a 70 ____ c. 71 y más ____

2. Género: M ____ F ____

3. Estado civil:

A. Soltero (a): ____ b. Unión libre: ____ c. Casado (a): ____ d. Separado (a)

E. Divorciado (a): ____ f. Viudo (a): ____

4. Nivel de Escolaridad:

a. Primaria: ____

b. Secundaria: ____

c. Estudios superiores: ____

5. ¿En cuales de las siguientes actividades ocupa frecuentemente usted el ocio?

- a. Ver TV: ___ b. Leer: ___ c. Escuchar música: ___ d. Caminar: ___
e. Visitar a la familia: ___ f. Otras ___ Cuales _____

III. EL ENVEJECIMIENTO

6. ¿Cuándo se presenta el envejecimiento?

- a. Niñez: ___ b. Juventud: ___ c. Adulthood: ___ d. Vejez: ___ e. Toda la vida: ___

7. En que áreas se presentan cambios con el envejecimiento:

- a. Física: ___ b. Psicológica: ___ c. Social: ___ d. Todas las anteriores: ___

IV. ÁREA DE LA SALUD

8. ¿Cuál es la mejor forma de mantener la salud física?

- a. Buen aseo: ___ b. Conocer el tratamiento adecuado de una enfermedad: ___
c. Autonomía e independencia: ___ d. Todas las anteriores: ___

9. ¿Son importantes la higiene, el sueño y los hábitos nutricionales para el mantenimiento de la salud?

- a. Sí: ___ b. No: ___

V. ÁREA SOCIAL

10. ¿Por qué es importante conocer los derechos y deberes?

11. ¿Cuál es la importancia de fortalecer las relaciones interpersonales?

12. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor su participación dentro del grupo?

a. Soy un miembro activo ____ b. Participo ocasionalmente ____

13. ¿Existen en su grupo líderes identificados?

a. Sí ____ b. No ____

14. En caso de haber respondido positivamente la pregunta anterior. ¿Que tipo de liderazgo ejerce este líder?

a. Positiva ____ b. Negativa ____

VI. RESILIENCIA

15. ¿Ha aplicado usted los conocimientos obtenidos sobre este tema en su vida?

a. Sí ____

b. No ____

**ANEXO 3.
BASE DE DATOS DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA**

MUNICIPIO	MODALIDAD	PUNTO DE RECEPCIÓN	BENEFICIARIO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FLORIDA	NORA HERRERA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FLORIDA	FRANCISCO EMILIO GUEVARA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FLORIDA	LUÍS CARLOS GIL
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FLORIDA	JOSÉ ACEVEDO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FLORIDA	LISÍMACO ZAPATA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FLORIDA	JERÓNIMO GARCÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FLORIDA	LETICIA DE OSORIO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	ERNESTINA CASTAÑEDA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	HUMBERTO GONZÁLEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	PRIMITIVO LLANTE
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	JOSÉ GILBERTO PELÁEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	MARÍA DE SALAZAR
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	ESEHIR DE JESÚS ZAPATA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	OLINDA OCAMPO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	CRISANTO BUSTOS
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	MARIELA GARCÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL BERLÍN	DARÍO MARTÍNEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA LIBERTAD	VICTORIA PAVA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA LIBERTAD	JOSÉ OTONIEL MARÍN
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA LIBERTAD	OTILIA DE BERMÚDEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA LIBERTAD	MANUEL JOSÉ MONTOYA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA LIBERTAD	CUSTODIO PADILLA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA LIBERTAD	ZOILA ROSA DE MARULANDA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	JOSÉ DUVAN CASTAÑO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	MISAEAL ALMARIO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	EDILBERTO GIL
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	GILDARDO OSSA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	CLARITZA RAMÍREZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	ROSEMBERG VALBUENA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	ALBERTO RUBIANO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	FÉLIX VALVERDE
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	LUZ DE DANIELA TORO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	MARCO TULIO CARVAJAL
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	MARIA NINFA BETANCOURT
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA MIRANDA	SATURNIO CAICEDO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	MARIA LIBIA DÍAZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	MARIA LILIA GRAJALES
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	JOSÉ GARLEY BUITRAGO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	ROSA ELENA SÁNCHEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	LUÍS CARLOS GARCÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	JOSÉ EDUARDO DÁVILA

ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	TIRSO JOSÉ GARCÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	MARIA PERCÍDES RENTERÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	ARGEMIRO COCA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	DAVID WALTERO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	SANTANDER	ROSA MORENO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA ADIELA	NORBERTA GARCÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA ADIELA	FERLENY VALENCIA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA ADIELA	CALAUDINA ELLIE
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA ADIELA	ZABARAIN ARENAS
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA ADIELA	CARLINA GONZÁLEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA ADIELA	UNFALIA DE BARRERO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA ARMENIA	MARIA FERNÁNDEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA ARMENIA	EFRAÍN GARCÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA ARMENIA	LUÍS MARIO HOLGUÍN
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA ARMENIA	ELVIRA LOAIZA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA ARMENIA	DEYANIRA NIETO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA ARMENIA	CARLOS ALFONSO OSPINA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA ARMENIA	MARIA OLINDA OTALVARO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA ARMENIA	PEDRO PABLO SUAZA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	LORENZA ESCALA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	MARÍA NEOLELDE OSORIO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	ROSA ETILIA SANTA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	HEDER JOSÉ PATIÑO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	MIGUEL ÁNGEL VENEGAS
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	NOHELIA ZAPATA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	JULIO CHAMBUETA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	MARIA OFELIA TORRES
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	ROSALBA JIMÉNEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA CECILIA I Y II	SIXTA TULIA BERNAL
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LOS QUÍNDOS	MANUEL SALVADOR DÍAZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LOS QUÍNDOS	OCTAVIO PAVA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LOS QUÍNDOS	MARIA CARLINA ARIAS
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LOS QUÍNDOS	RAFAELA DE HERRERA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LOS QUÍNDOS	ANA SOFÍA HERNÁNDEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LOS QUÍNDOS	ELMIDA GÓMEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LOS QUÍNDOS	MARIA LEONISA ARENAS
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LOS QUÍNDOS	MIGUEL ÁNGEL GIRALDO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	MARIA DOLORES OSSA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	AMALIA DE RODRÍGUEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	DEYANIRA GARCÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	SILVERIO CAPERA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	ARGEMIRA Vda. DE AGUDELO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	MARÍA BENAVIDES
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	URIEL ANTONIO ROJAS
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	JOSÉ FABIÁN PESCADOR
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	LA FACHADA	EMILIA ZAMBONIA

ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	UBALDINA CASTRO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	GABRIEL SUAZA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	ELMA IGLESIAS
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	MARLENY DE CASTRO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	ALMA PINTO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	CELENIA DE CARDONA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	BELARMINO VALENCIA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	ROSA SILVA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	ITI	MAGNOLIA PARRA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	CIUDADELA DE OCCIDENTE	ELÍ FERLEY VIENLLIA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	CIUDADELA DE OCCIDENTE	LETICIA GARCÍA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	CIUDADELA DE OCCIDENTE	ISRAEL ANTONIO VARELA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	CIUDADELA DE OCCIDENTE	LIGIA CRUZ GRANADA
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL MODELO	CARMEN MUÑOZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL MODELO	SAÚL REGINFO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL MODELO	MELICA QUINTEOL
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL MODELO	ANA SARA LÓPEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL MODELO	MARIA OBALDINA LÓPEZ
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL MODELO	ANA BEIBA DE GIRALDO
ARMENIA	RACIÓN PREPARADA	EL MODELO	JUANA AGUSTINA DEL CARMEN CABIERA ARACELI CIFUENTES
ARMENIA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	CAMILO HURTADO
ARMENIA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	HERNANDO MONTOYA
ARMENIA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	CAMPO ELÍAS SUÁREZ
ARMENIA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	ARGELIA ORTEGÓN
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	HOGAR DE PASO	LUÍS GONZAGA MUÑOZ
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	HOGAR DE PASO	ARTEMIO GARCÍA
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	HOGAR DE PASO	DORA INÉS MESA
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	BOMBEROS	CARLOS JULIO PÁEZ
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	BOMBEROS	JOSEFINA SÁNCHEZ
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	BOMBEROS	AGUSTÍN FONSECA
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	BOMBEROS	OTILIA LÓPEZ
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	LAS FERIAS	ALBERTO GARCÍA
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	LAS FERIAS	LUÍS ANTONIO ÁVILA
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	LAS FERIAS	MARIA FLOR SÁNCHEZ
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	AV. COLÓN	ROSA MARIA ESCOBAR
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	AV. COLÓN	NARCISO BERMÚDEZ
CALARCÁ	RACIÓN PREPARADA	AV. COLÓN	LUZ DE MARIA QUIROGA
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	BÁRBARA ARIZA

CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	ELIÉCER GONZÁLEZ
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	CARLOS ELÍ GUTIÉRREZ
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	JOSÉ IGNACIO MENA
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	ISAURA VILLA
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	GRACIELA MUÑOZ
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	RAÚL ANTONIO CALVO
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	LEONOR CAMARGO
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	HORIZA ESCOBAR
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	JESÚS ANTONIO CÓRDOBA
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	HERNANDO GONZÁLES
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	LIGIA RINCÓN
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	CARLINA RUIZ
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	RUBELIA AGUDELO
CALARCÁ	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	LUÍS ARCECIO ARENAS
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	MARIA NOELIA TANGARÍFE
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	MARIA TRINIDAD ZULETA
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	SALLO ANTONIO ZAPATA
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	MARIA LILIA BEDOYA
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	MARIA DORA HURTADO
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	ALBA MARINA URUEÑA
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	JOSÉ ORLANDO OSORIO
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	FIDEL NARANJO
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	JAIME ROJAS
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	NUEVA TEBAIDA	ALDEMIRA DÍAZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	GILDARDO BEDOYA
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	GRACIELA LEÓN
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	MARIA ALEJANDRA SIERRA
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	RAIMUNDO HERNÁNDEZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	CENAI DA SUÁREZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	JOSÉ PEDRO VICENTE BUITRAGO
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	GENARO LÓPEZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	MARIA LIGIA GÓMEZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	MARIA PÉREZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	BLANCA EMILIA CORRALES
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	JOSÉ FABIO VALENCIA
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	EVELIO AGUIRRE

LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	ANA DE JESÚS MEJÍA
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	LUZ MARINA LÓPEZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PREPARADA	MIGUEL PINEDO	MARIA CLEOFE BEDOYA
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	LUÍS EDUARDO CARVAJAL
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	FABIO DE JESÚS GRANADA
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	EDUARDO ANTONIO LÓPEZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	LAURA ROSA RAMÍREZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	SAÚL CASILIMAS
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	JOSÉ LIBARDO AGUIRRE
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	MARY RÍOS
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	MAIR VELÁSQUEZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	MERCEDES CIFUENTES
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	DORA ELISA VILLADA
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	LUÍS OCA
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	JOSÉ GUSTAVO RUIZ
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	JOSÉ MANUEL LEDISMA
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	BENEDO ROVERA
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	AMALIA TAFUR
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	LAURA CASILIMAS
LA TEBAIDA	RACIÓN PARA PREPARAR	CAM	FÁES RAMÍREZ
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	MARGARITA BLANDÓN
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	ROSALBA ECHEVARRIA
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	MARIA INÉS CARRIÓN
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	LIDA ESCOBAR
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	JUAN BAUTISTA GARCÍA
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	JAVIER GARCÍA
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	MARIA JESÚS PATINO
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	AMADEO VARGAS
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	MARIA BENIGNA GUZMÁN
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	GRACIELA ACEVEDO
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	ROSA MARIA MARÍN
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	OTILIA PALACIO
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	MÉLIDA ORREGO
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	FLORALBA GONZÁLES
CIRCASIA	RACIÓN PREPARADA	RESTAURANTE ESCOLAR	MARIA MARLENY PARRA

CIRCASIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	ISAAC BOLAÑOS
CIRCASIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	MARTÍN VALENCIA
CIRCASIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	AVELDAVIL NOREÑA
CIRCASIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	ESTER JULIA MONTOYA
CIRCASIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	MARTÍN VELANDIA
CIRCASIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	JOSÉ ORLANDO PUESTAS
CIRCASIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	AURORA GÁLVEZ
FILANDIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	JAIME LÓPEZ
FILANDIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	MIGUEL ANTÓNIO MONCADA
FILANDIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	SOFÍA RODRIGUEZ
FILANDIA	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	MARIA LUCILA BUITRAGO
SALENTO	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	LIGIA LÓPEZ
SALENTO	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	EDANA LOAIZA
SALENTO	RACIÓN PARA PREPARAR	PAB	PEDRO JOSÉ MILLARES

**ANEXO 4.
SOPORTE TÉCNICO**



**FOTO 1: MIGUEL PINEDO
LA TEBaida**



**FOTO 2: PABLO VI
MONTENEGRO**



FOTO 3: EL CARMEN
ARMENIA



FOTO 4: SIMON BOLIVAR
ARMENIA



**FOTO 5: LA CASONA
CALARCA**



**FOTO 6: LA MARIELA
ARMENIA**



**FOTO 7: RESTAURANTE ESCOLAR
CIRCASIA**



**FOTO 8: SIMÓN RODRÍGUEZ
ARMENIA**



**FOTO 9: ITI
ARMENIA**



**FOTO 10: ENTREGA DE MERCADOS
PIJAO**

