

**Intervención Gerontológica en el Centro de Atención
al Adulto Mayor "Pijao Tarapacá" del municipio de Pijao,
Quindío.**

Bryed Dahiana Castañeda Marín

PERTINENTE CREATIVA INTEGRADORA

 @uniquindio  unquindioconectada  unquindioconectada

www.uniquindio.edu.co

Intervención Gerontológica en el Centro de Atención al Adulto Mayor "Pijao Tarapacá" del municipio de Pijao, Quindío.

Estudiante:

Bryed Dahiana Castañeda Marín



Asesora:

Diana Fernanda Bermúdez

Universidad del Quindío
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Gerontología
Armenia
2022

Tabla de Contenido

Agradecimientos	9
Introducción	10
1.Línea de Investigación Envejecimiento, Vejez y Salud	11
2. Diagnóstico	12
3.Resultados Instrumentos De Evaluación	17
4.Identificación Del Problema O Necesidad	25
5.Justificación	28
6.Marco De Referencia	31
6.1 Internacional	31
6.2 Nacional.....	33
6.3 Locales	34
7.Marco Teórico	35
7.1 Enfoque del Curso de vida	36
7.2 Modelo de atención centrado en la persona.....	39
7.2.1 Definición	41
7.2.2 Diferencias con la atención tradicional	42
7.3 Promoción y prevención de la salud	49
7.4 Teorías que sustentan el proyecto	50

7.4.1 Teoría del construccionismo social.....	50
7.4.2 Teoría de la economía política de envejecimiento.....	51
7.4.3 Teoría de la estratificación por edad	51
7.4.4 Teoría de los roles.....	52
8. Marco Legal	53
8.1 Constitución política de Colombia	54
8.1.1 Leyes	55
9.Marco Conceptual	59
10. Objetivos	63
10.1.1 Objetivo General:	63
10.1.1 Objetivos Específicos:	63
11.Diseño Metodológico	63
11.1.1 Fase I- Acercamiento	65
11.1.2 Fase 2- Caracterización, Evaluación multidimensional y diagnóstico.....	65
11.1.3 Fase 3 - Diseño del plan de actividades	66
11.1.4 Fase 4 - Evaluación del Impacto.....	69
12.Población	69
12.1.1 Beneficiarios Directos:	69
13.Contextualización (geográfica, histórica, social y económica).....	71

13.1.1	Histórica	71
13.1.2	Geográfica.....	72
13.1.3	Social	73
13.1.4	Economía	74
13.2	Institucional (CBA “PIJAO TARAPACÁ”)	74
13.3	Presupuesto	82
14.	Productos Y Resultados Esperados	82
15.	Ejecución	85
16.	Desarrollo	86
17.	Resultados Y Analisis De Los Resultados	104
17.1	Objetivo 1:	105
17.1.1	Actividades de la vida diaria (AVD)	109
17.1.2	Análisis resultado objetivo 1	117
17.2	Objetivo 2	119
17.2.1	Análisis resultado objetivo 2	120
17.3	Objetivo 3:	121
17.3.1	Análisis resultados objetivo 3	121
17.4	Encuesta de satisfacción	122
17.4.1	Análisis de resultados	123

18.Conclusiones	124
19.Recomendaciones	125
Referencias	126
Anexos	134

Índice de Figuras

Figura 1	<i>Sexo adultos mayores institucionalizados en CBA “Pijao Tarapaca”</i>	12
Figura 2	<i>Edad de los adultos mayores institucionalizados en el centro de atención al adulto mayor</i>	13
Figura 3	<i>Estado civil adultos mayores</i>	13
Figura 4	<i>Nivel de estudios de Los adultos mayores institucionalizados</i>	14
Figura 5	<i>Ingresos Económicos</i>	15
Figura 6	<i>Adultos Mayores Con Hijos O Red De Apoyo</i>	15
Figura 7	<i>Ocupaciones desempeñadas A Lo Largo De Su Vida</i>	16
Figura 8	<i>Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Índice Barthel</i>	17
Figura 9	<i>Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Instrumento Pfeiffer</i>	18
Figura 10	<i>Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Instrumento De Yesavage</i>	19
Figura 11	<i>Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Instrumento De Lawton Y Brody</i>	20

Figura 12	<i>Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Instrumento De OARS</i>	21
Figura 13	<i>Estado De Salud Adultos Mayores</i>	21
Figura 14	<i>Enfermedades Prevalentes</i>	22
Figura 15	<i>Atención Medica</i>	23
Figura 16	<i>Fuentes Para Adquirir Medicamentos</i>	23
Figura 17	<i>Principios del enfoque de curso de vida</i>	38
Figura 18	<i>Decálogo de la atención centrada en la persona</i>	41
Figura 19	<i>Diferencias Atención centrada en la persona y Tradicional</i>	43
Figura 20	<i>Pijao Quindío</i>	72
Figura 21	<i>Ubicación centro de bienestar, Pijao Tarapacá</i>	74
Figura 22	<i>Plan De Acción</i>	77
Figura 23	<i>Preguntas Historia de vida</i>	88
Figura 24	<i>Ejemplo historia de vida</i>	89
Figura 25	<i>Intervención grupal “Hábitos de vida saludable”</i>	91
Figura 26	<i>Uso adecuado del tiempo libre</i>	92
Figura 27	<i>Entrenamiento cognitivo Memoria</i>	94
Figura 28	<i>Entrenamiento cognitivo Orientación</i>	95
Figura 29	<i>Taller sobre empatía</i>	98
Figura 30	<i>Socialización del modelo de atención centrado en la persona</i>	99
Figura 31	<i>Revisión esquemas de vacunación</i>	103
Figura 32	<i>Modelo de atención de la población adulta</i>	104
Figura 33	<i>Dimensión emocional</i>	107

Figura 34	<i>Dimensión mental/cognitiva</i>	108
Figura 35	<i>Índice Barthel adultos mayores</i>	109
Figura 36	<i>Recursos sociales</i>	111
Figura 37	<i>Encuesta de satisfacción</i>	122
Figura 38	<i>Consentimiento Informado</i>	134
Figura 39	<i>Ficha Gerontológica</i>	135
Figura 40	<i>Instrumento De Valoración Barthel</i>	136
Figura 41	<i>Instrumento De Valoración Pfeiffer</i>	136
Figura 42	<i>Instrumento De Valoración Yesavage</i>	137
Figura 43	<i>Instrumento De Valoración Lawton y Brody</i>	138
Figura 44	<i>Escala De Recursos Sociales OARS</i>	138
Figura 45	<i>Entrenamiento Cognitivo</i>	140

Agradecimientos

A Dios que me reafirma su existencia brindándome la oportunidad de vivir y que me dio la fortaleza para afrontar cada dificultad académica y personal que se presentó en el proceso. Y con él a Sebastián, mi ángel del cielo que, aunque soltó mi mano a mitad de camino no he dejado de sentir su presencia dándome fortaleza.

Agradezco las colaboraciones, oraciones, afecto, apoyo y paciencia de mis padres, ya que fueron la fuente más grande de motivación para alcanzar la meta. A mi abuela que no conoce de límites en su amor por mí.

A mis amigos que saben quiénes son, por entender cada ausencia y acompañar este proceso.

A mi asesora Diana Fernanda, que como docente y asesora ha dejado huella en mí y es una fuente de inspiración. También agradezco a cada docente que con su conocimiento ha hecho posible finalizar este proceso formativo.

Y a todas aquellas personas que me han brindado una mano, una palabra de aliento, una explicación o una colaboración afectiva y económica.

Porque, aunque la carrera la hace cada persona, porque, aunque abrir caminos es responsabilidad de cada uno, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Bryed Dahiana Castañeda Marín

Introducción

Los seres humanos en su ciclo vital a través de la experiencia viven situaciones y etapas positivas y negativas, que van construyendo y determinando la forma en que va a ser posible su desenvolvimiento en la vida en lo que respecta a gusto, deseos, intereses, estados de salud y relaciones sociales, por lo que enfocar la atención en los deseos y experiencias es una de las mejores maneras de humanizar la misma.

Para Martínez (2013) la atención centrada en la persona Como enfoque reconoce una serie de principios o enunciados que orientan el modo de hacer, es decir, maneras de entender y organizar la acción profesional, que asumiendo este enfoque, buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan cuidados dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo, logrando que la última etapa del curso de vida, es decir, la vejez, siga siendo un ejercicio de realización y respeto por las experiencias vividas.

Los adultos mayores aun después de esfuerzos de muchas personas, formulación de leyes, enfoques humanizados siguen siendo un grupo poblacional considerado vulnerable por lo que implementar tipos de atención personalizada y fomentar la recepción de apoyo por parte de los otros grupos poblacionales se convierte en pilar fundamental para lograr condiciones de vida favorables.

La implementación de atención gerontológica, desde un enfoque de atención centrado en la persona, fomentando un envejecimiento activo y saludable ofreciendo de esta manera una atención que beneficie su etapa del curso de vida dándole calidad a lo que se espera recibir, esta implementación a su vez se sostiene y conceptualiza desde bases que sustentan la importancia y el impacto en la vejez de las personas adultas mayores.

Esta intervención en primer lugar, busca no homogenizar a los adultos mayores por lo que se inicia con una caracterización que permita identificar el perfil de los adultos mayores involucrados en este proyecto con el fin de brindar efectividad a la intervención. De acuerdo a esto se encontraron unas necesidades específicas que le dan vía a la formulación de los objetivos y estos a su vez a un plan de acción viable para disminuir la brecha de necesidades y se empiecen

a satisfacer las mismas, con una única finalidad, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

1. Línea de Investigación Envejecimiento, Vejez y Salud

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

Los principales objetivos de esta línea son:

- Contribuir a la producción de conocimiento en relación con el envejecimiento como proceso físico, biológico, psicológico, social, cultural, demográfico, político y económico.
- Fomentar la creación de conocimiento sobre los aspectos sociales, emocionales, cognitivos, psicológicos, físicos y epidemiológicos del envejecimiento saludable.

Innovar estrategias de intervención fundamentadas en la investigación para el fomento del envejecimiento activo y el mejoramiento de la calidad de vida.

- Proporcionar información básica que facilite la interpretación y la comprensión del carácter diferencial del envejecimiento y de la vejez.
- Nutrir la discusión y el análisis de políticas, planes, programas y proyectos en envejecimiento y salud, dirigidos a las personas mayores y a la población envejeciente.
- Contribuir a la construcción del envejecimiento y la vejez a partir de la propia realidad de las personas mayores en diferentes contextos.

2. Diagnóstico

Para poder cumplir los objetivos y la finalidad de esta intervención gerontológica y lograr reconocer las necesidades y problemas que están presentes en el centro de bienestar “Pijao Tarapacá”, por lo que se realizaron una serie de procesos y evaluaciones que permitieron conocer la realidad de los adultos mayores de manera personal y social.

Este diagnóstico fue realizado mediante una serie de visitas al escenario en el cual se evaluaron los adultos mayores a través de una serie de instrumentos que componen la evaluación funcional multidimensional, que se respaldan de manera válida y confiable y se describirán en las próximas páginas.

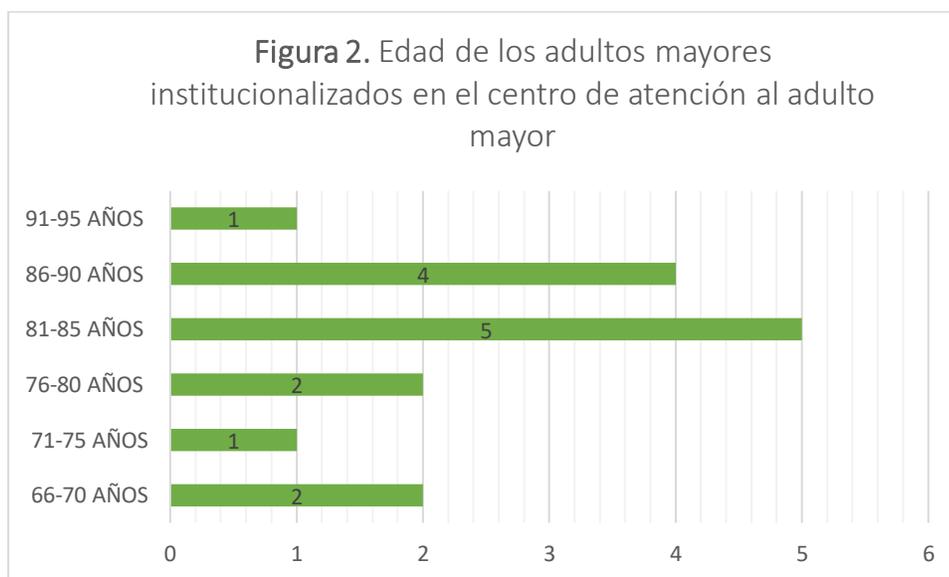
A continuación, se muestra la tabulación de los resultados arrojados por dicho diagnóstico divididos en las siguientes variables: Sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ingresos económicos, hijos o redes de apoyo, ocupaciones a lo largo de su vida, instrumentos Barthel, Pfeiffer, Yesavage, Lawton y Brody, OARS, estado de salud, enfermedades prevalentes, medicamentos.

Figura 1 *Sexo adultos mayores institucionalizados en CBA “Pijao Tarapaca”*



En el centro de atención al adulto mayor “Pijao Tarapacá” la población adulta mayor tiene un total de 15 adultos mayores, que distribuidos por sexo se encuentran 14 adultos mayores masculinos que representan el 93,33% de la población, y el 6,66% representa una adulta mayor del género femenino

Figura 2 *Edad de los adultos mayores institucionalizados en el centro de atención al adulto mayor*

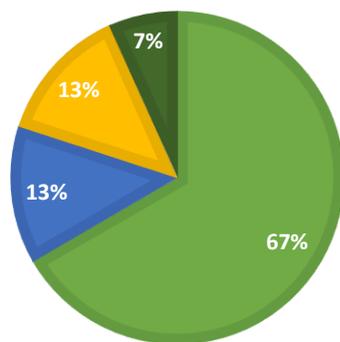


La Figura 2 representa la distribución de la población total de adultos mayores del centro de atención al adulto mayor “Pijao Tarapacá” distribuidos por rangos de edad. Se encontró que el mayor porcentaje de adultos mayores con un porcentaje del 33,333% se encuentran en edades entre 81-85 años, mientras que el 28,5% se encuentra entre los 86-90 años de edad, otro 13,33% se encuentra en el rango de 76-80 años, el 6,6% se encuentra entre los 71-75 años y otro 13,33% representa la población más joven de los adultos mayores institucionalizados, y por último los novenarios que están representados por un 6,6%.

Figura 3 *Estado civil adultos mayores*

FIGURA 3. ESTADO CIVIL ADULTOS MAYORES

■ SOLTEROS ■ CASADO ■ VIUDO ■ DIVORCIADO

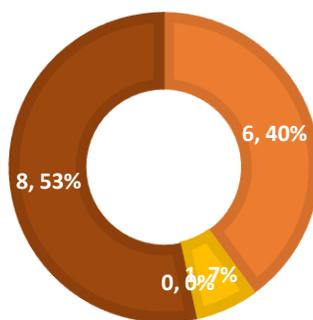


En la Figura 3 se describe el estado civil de los adultos mayores así: los adultos mayores solteros representan la mayoría con respecto al total con un 67% que son 10 adultos mayores de los 15 que son en totalidad, seguido a estos se encuentran los adultos mayores casados que son el 13%, luego y con el mismo porcentaje están los viudos con otro 13%, en el cual se encuentra la femenina, por último y con el menor porcentaje se encuentran los adultos mayores divorciados con un 7%, es decir, un adulto mayor.

Figura 4 *Nivel de estudios de Los adultos mayores institucionalizados*

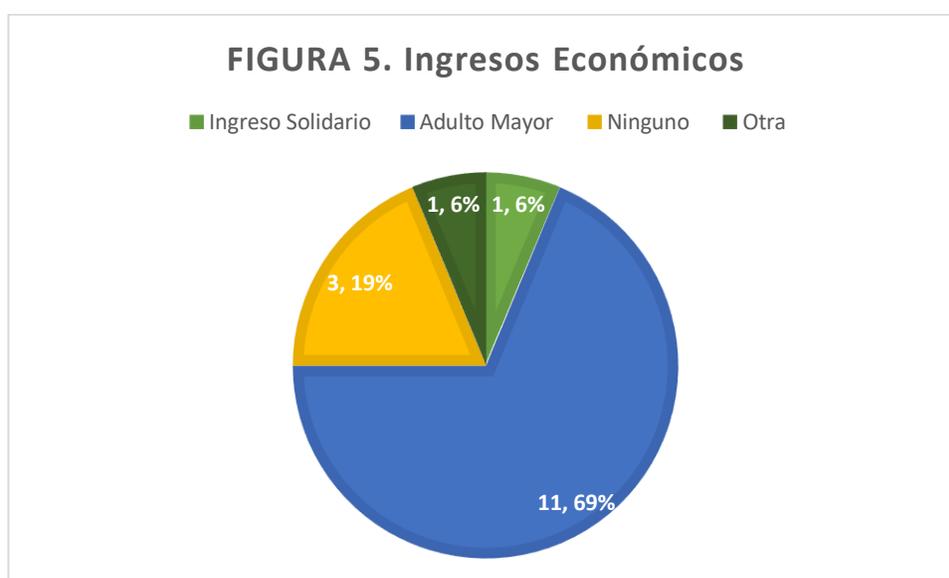
FIGURA 4. NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

■ Primaria ■ Secundaria ■ Universidad ■ Ninguno



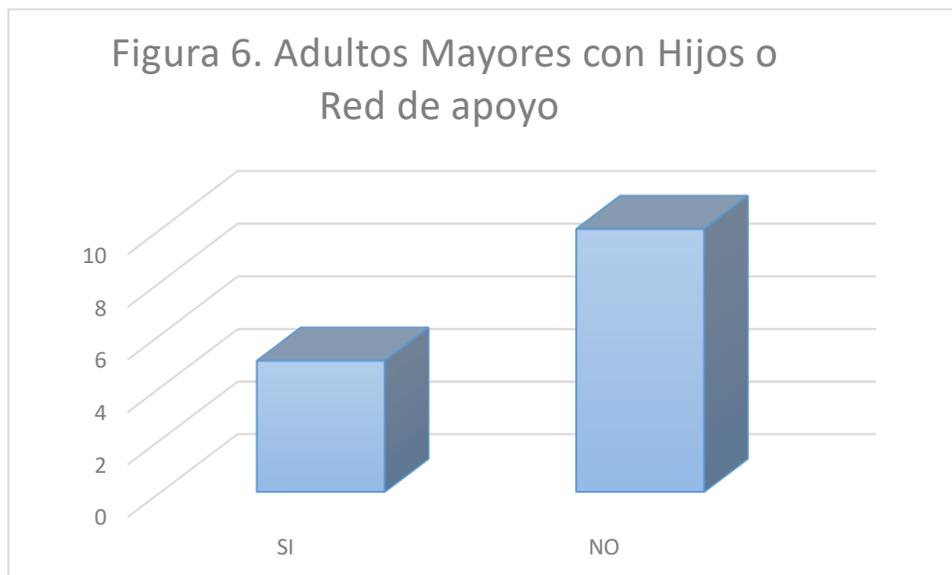
En la Figura 4 se relacionan el total de los adultos mayores con el nivel educativo, que en términos generales es bajo, observando que el 53% de la población adulta mayor no tiene ningún tipo de nivel educativo, seguido a estos se encuentran los adultos mayores que únicamente realizaron estudios de básica primaria con un 40%, y con el menos porcentaje se encuentran los adultos mayores que lograron llegar a la secundaria con un 7%.

Figura 5 *Ingresos Económicos*



Con respecto a los ingresos económicos de los adultos mayores residentes en el centro de atención al adulto mayor “Pijao Tarapacá”, la Figura 5 nos permite observar que en su mayoría se encuentran respaldados por el subsidio mensual del programa Colombia mayor, de este programa pertenecen el 69% de los adultos, seguido a esto se encuentra que el 19% de ellos no reciben ningún apoyo económico, y en menor proporción están los adultos mayores que reciben el ingreso solidario con un 6%, y los que tienen otro tipo de ingreso con un 6% , el cual es proveniente de sus propios cultivos.

Figura 6 *Adultos Mayores Con Hijos O Red De Apoyo*



La Figura 6 representa a las redes de apoyo o los hijos, en la cual se observa que 10 de los adultos mayores, es decir, el 66,6% no tiene ninguna red de apoyo familiar o de amigos, por lo tanto, su red de apoyo es netamente institucional, y el 33,33% restante tiene red de apoyo como hermanos e hijos.

Figura 7 *Ocupaciones desempeñadas A Lo Largo De Su Vida*

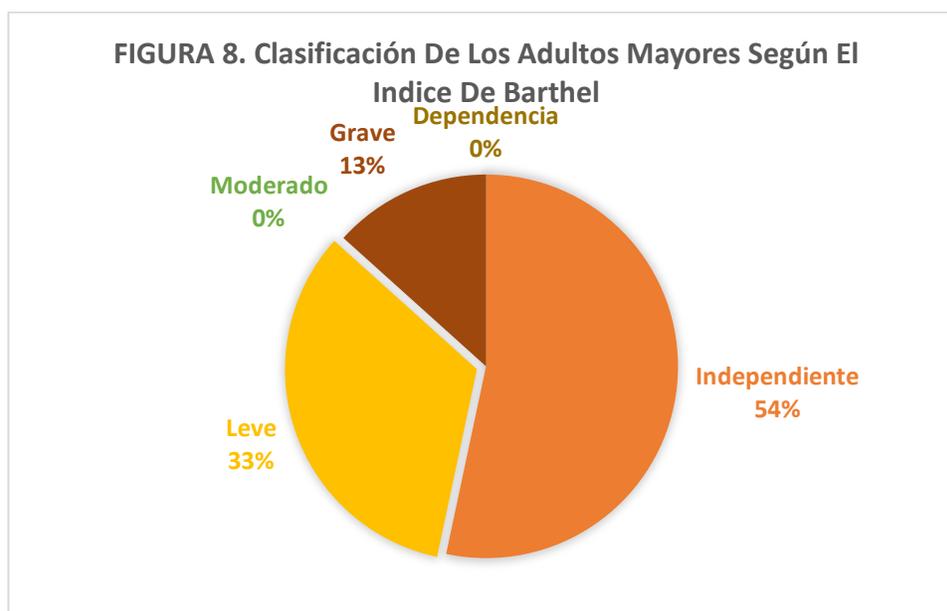


Con respecto a las ocupaciones desempeñadas a lo largo de la vida de los adultos mayores como lo podemos observar en la Figura 7, la mayoría de los adultos mayores, es decir, el 80%

desempeñaron labores de agricultura y su trabajo estuvo basado en el campo, seguido a esto se encuentra que el 13% tuvo otro tipo de ocupaciones como trabajo independiente en su propio negocio, oficios de descargar y cargar de camiones; y con el menor porcentaje estuvieron presentes los oficios domésticos pertenecientes a la única mujer que se encuentra en el centro de bienestar.

3. Resultados Instrumentos De Evaluación

Figura 8 *Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Índice Barthel*

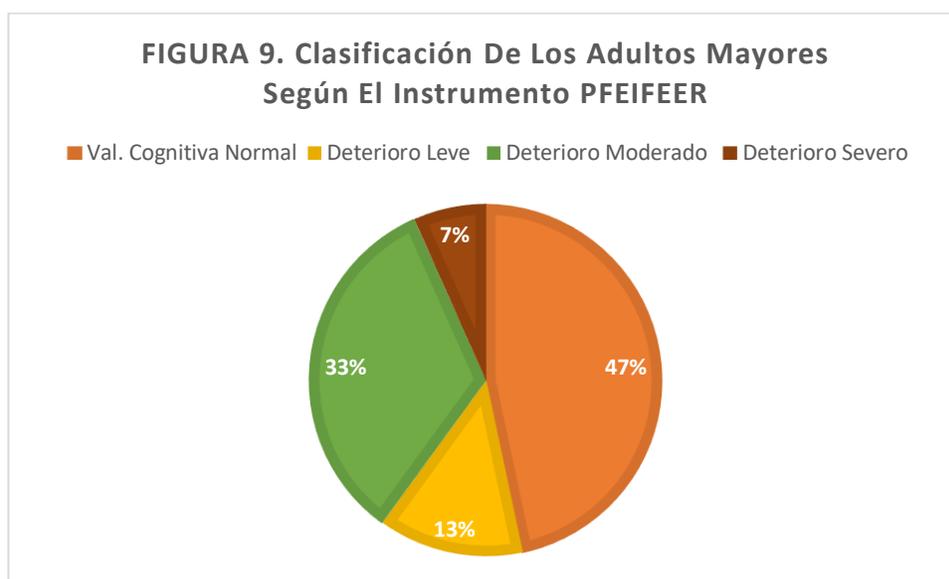


El índice de Barthel es un instrumento utilizado para evaluar el estado funcional de los individuos de acuerdo a su capacidad de realización de las actividades de la vida diaria (AVD), este instrumento mide dicha capacidad obteniendo a través de este una estimación cuantitativa de los grados de dependencia definidos así: *Independiente* con la calificación en 100/100, *Dependencia leve* con el estimado mayor a 60, *dependencia moderada* la calificación debe ir

entre 40-55, *dependencia grave* en la cual el estimado debe estar entre 20-35 y en el caso de la *dependencia* se determina de esta manera si se encuentra por debajo de 20 puntos.

Para el caso del estado funcional de los adultos mayores residentes en el centro de bienestar al adulto mayor “Pijao Tarapacá” y como lo podemos observar en la Figura 8, el porcentaje mayor con un 54%, es decir, 8 adultos mayores es de independencia total, seguido a este se encuentran los adultos mayores con dependencia leve que son el 33,3% que en cifras son 5 adultos mayores, luego y con la menor proporción se encuentran los adultos mayores con dependencia grave que tienen un 13%, adicional a esto se encuentra que en los niveles de dependencia y dependencia moderada no se encuentran adultos mayores.

Figura 9 Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Instrumento Pfeiffer



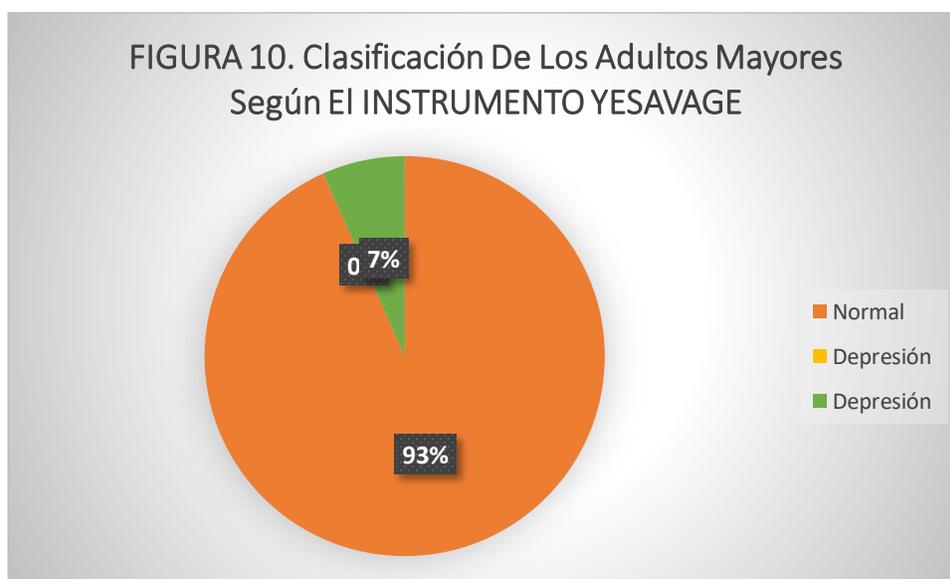
Este instrumento es utilizado para detectar la existencia y el grado de deterioro cognitivo, consta de 10 ítems que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo y su resultado esta discriminado en 4 calificaciones así: *Valoración cognitiva normal* si su puntuación se encuentra entre 0-2 puntos, *Deterioro leve* si está entre 3-4 puntos, *Deterioro moderado* si suma entre 5-7 puntos, y por último se encuentra el *deterioro severo* con una puntuación entre 8-10 puntos. Además, se debe tener en cuenta que este instrumento tiene una capacidad discriminatoria baja donde solo depende el nivel educativo.

En la Figura 9, se encuentran plasmados los resultados que arrojó esta evaluación en los adultos mayores institucionalizados en el centro de bienestar al adulto mayor “Pijao Tarapacá”, donde el porcentaje mayor lo tienen los adultos mayores con valoración cognitiva normal, es decir, no tienen ningún tipo de deterioro con un 47%, seguido a estos se encuentran los adultos mayores con deterioro moderado con un 33%, y en menor proporción están los adultos con deterioro leve 13% y deterioro severo 7%.

YESAVAGE

Yesavage es un instrumento utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. En su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana, y su calificación cuantitativa que determina la existencia y grado de depresión está dividida de la siguiente manera: *Normal*, es decir, no hay depresión, es de 0 a 10 puntos, *depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%)* 11-14 puntos y *mayor a 14 depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%)*.

Figura 10 Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Instrumento De Yesavage



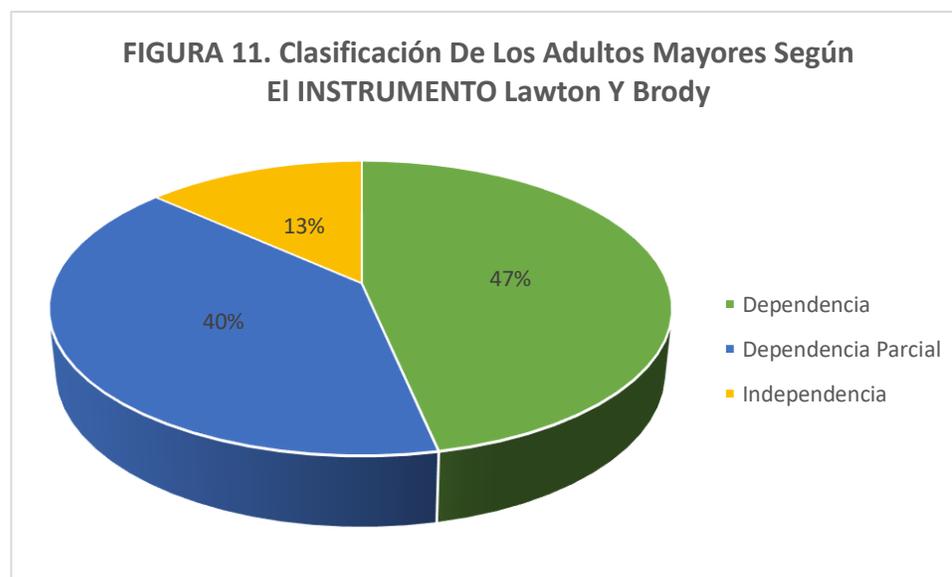
En el caso del centro de bienestar y la evaluación realizada a los adultos mayores del mismo, sus resultados en este instrumento fueron en su mayoría positivos (Figura 10), el 93% de

los adultos representan valoración normal, mediante la cual asumimos que no existe depresión, y en menor porcentaje con un 7% una calificación de depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

LAWTON Y BRODY

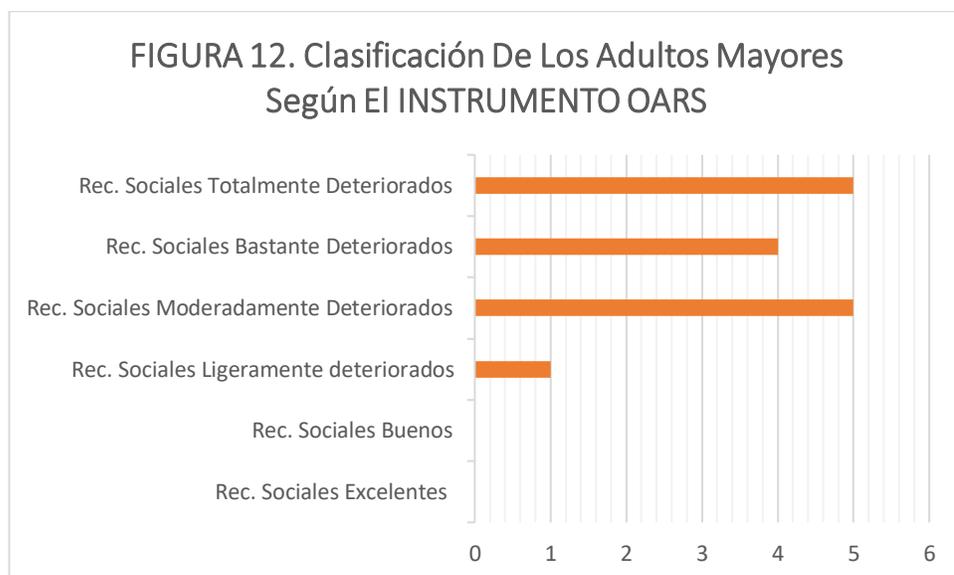
Este instrumento evalúa la capacidad de realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, que son aquellas que una persona necesita desempeñar más allá de las destrezas básicas en los cuidados personales, de tal manera que el individuo pueda funcionar independientemente en el hogar y la comunidad. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos. La máxima *dependencia* estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una *independencia total*.

Figura 11 Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Instrumento De Lawton Y Brody



Como se puede evidenciar en la Figura 11, en la evaluación realizada a los adultos mayores del centro de bienestar al adulto mayor “Pijao Tarapacá”, el 47% de los adultos mayores se encuentran en dependencia, seguido a estos el 40% se encuentran en dependencia parcial con puntuaciones entre 4-5, y el 13% independientes totalmente.

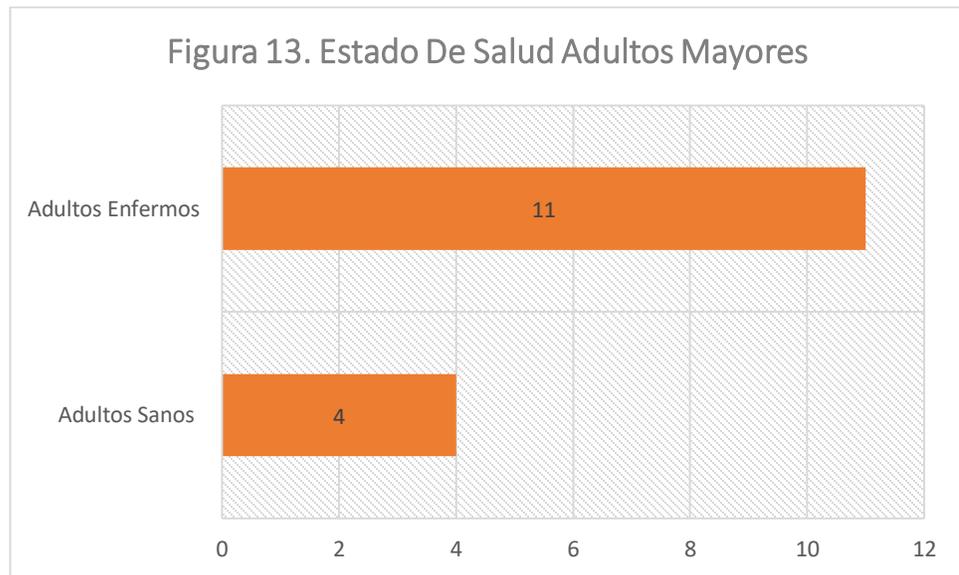
Figura 12 Clasificación De Los Adultos Mayores Según El Instrumento De OARS



Para la evaluación de los recursos sociales se utilizó como instrumento la escala de recursos sociales (**OARS**, cuestionario multidimensional de asesoramiento funcional), que consta de 10 preguntas, proporciona información acerca de 5 áreas: Estructura familiar y recursos sociales, Recursos económicos, Salud mental, Salud física, Capacidad realizar AVD; Las respuestas son evaluadas en una escala de 6 puntos, que van desde el 1, equivalente a excelentes recursos sociales hasta 6, lo que representa el deterioro social total.

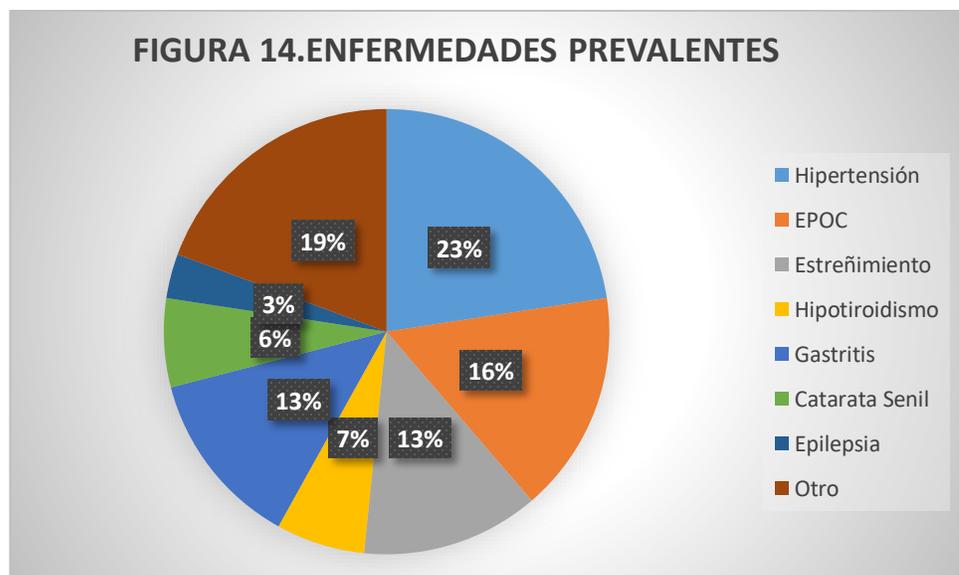
En el caso del centro de bienestar “Pijao Tarapacá” sus resultados fueron: adultos mayores con los recursos sociales totalmente deteriorados 33,3%, adultos mayores con recursos sociales bastante deteriorados 26,66%, adultos mayores con recursos sociales moderadamente deteriorados 33,33%, y por último con el menor porcentaje los adultos mayores con recursos sociales ligeramente deteriorados con un 6,6% , teniendo en cuenta que en los ítems de recursos sociales buenos y excelentes no hubo calificación.

Figura 13 Estado De Salud Adultos Mayores



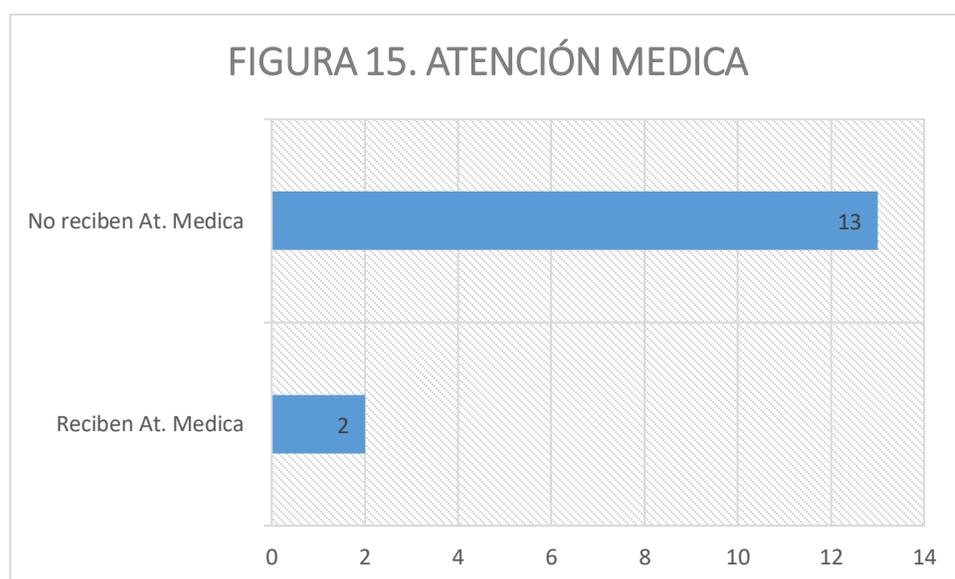
El 73% de los adultos mayores, es decir, la mayoría manifiestan tener algún tipo de enfermedad o varias, y solo el 26,6% manifiestan ser adultos mayores totalmente sanos.

Figura 14 *Enfermedades Prevalentes*



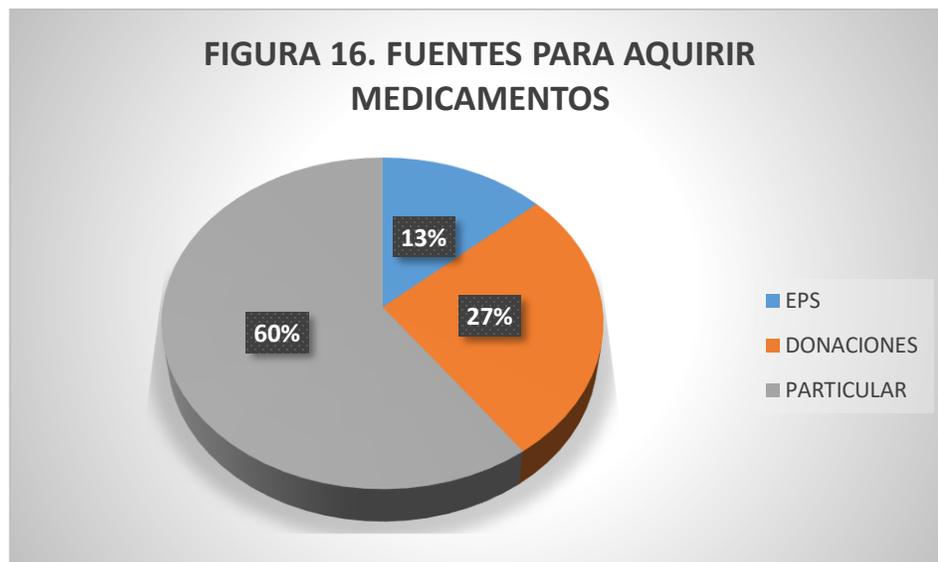
En el centro de bienestar al adulto mayor “Pijao Tarapacá” las enfermedades que más prevalecen y adolecen a los adultos mayores en orden de presencia se encuentran con un 23% la hipertensión arterial, 16% EPOC, 13% estreñimiento, 7% Hipotiroidismo, Gastritis 13%, catarata senil 6%, epilepsia 3%, y en el ítem de otro que tiene un 19% se encuentran enfermedades como dolor crónico, Arritmia cardiaca, Hipoacusia y convulsiones.

Figura 15 Atención Medica



En el centro de bienestar al adulto mayor del municipio de Pijao, el 87% de los adultos mayores no reciben atención médica, solo el 13 % de ellos si lo tienen, situación que se viene presentando desde enero/2022 debido al cierre definitivo que tuvo el hospital “Santa Ana” del municipio de Pijao.

Figura 16 Fuentes Para Adquirir Medicamentos

**FIGURA 16. FUENTES PARA AQUIRIR
MEDICAMENTOS**

La mayoría de los adultos mayores con un 60% reciben sus medicamentos a través de compras particulares que se realizan en el centro de bienestar, el 27% es proveniente de donaciones, y el 13% es suministrado por las EPS.

Con respecto a los resultados de la evaluación multidimensional reflejados en las gráficas anteriores se encontró que en la esfera funcional el 54% de los adultos mayores se encuentran en independencia y el 46% restante en diferentes niveles de dependencia, en la esfera cognitiva el 47% de los adultos mayores se encuentran en niveles normales, sin embargo, el 53% es un porcentaje significativo de adultos mayores que presentan algún tipo de deterioro. En la esfera social el panorama es muy parejo en la totalidad de los adultos mayores del centro de bienestar, esto teniendo en cuenta que los recursos sociales de estos individuos se encuentran deteriorados sin excepción.

Actualmente en el centro de bienestar “Pijao Tarapacá”, ubicado en el municipio de Pijao, se encuentran institucionalizados 15 adultos mayores que fueron evaluados y caracterizados en su totalidad, de ellos 14 son hombres, esto se debe a que Pijao por ser un pueblo de cultivos y fincas en su mayoría, alberga una población mayor de hombres que llegan allí a trabajar, y con ocurrencias como enfermedades, accidentes y soledad prefieren quedarse allí. Otros aspectos que van muy ligados a este son referentes al estado civil y los hijos.

El centro de atención al adulto mayor “Pijao Tarapacá” cuenta con dos auxiliares de enfermería que se dividen los turnos, una encargada de la cocina y la alimentación, y la otra se

encarga del aseo del lugar, todas estas de manera permanente, y de manera esporádica se encuentran incluidas 2 auxiliares de apoyo. En cuanto a la atención al adulto mayor, ningún miembro del personal se encuentra capacitado y/o actualizado respecto a temas referentes al adulto mayor y sus servicios, únicamente están basados en el cuidado físico de los adultos mayores.

4. Identificación Del Problema O Necesidad

La situación actual de los adultos mayores del centro de bienestar en todos los ámbitos analizados, y específicamente en lo que respecta a la parte funcional y las evaluaciones de la misma, nos permiten a través de sus resultados las necesidades de los adultos mayores desde cada esfera, por ejemplo, en el índice de Barthel que evalúa las actividades de la vida diaria fueron de 54% para los adultos mayores independientes, adicional a esto, también se debe tener en cuenta el 46% restante, que siguen siendo una minoría amplia, presenta algún tipo de dependencia.

En el ámbito cognitivo y teniendo en cuenta que los procesos cognitivos incluyen una variedad de funciones mentales tales como, la atención, la memoria, el lenguaje y la capacidad para solucionar problemas (Ardila, Matute & Rosselli, 2010), y a través del instrumento Pfeiffer, aunque el 47% de la población se encuentra con valoración cognitiva normal, el 53% restante presenta algún tipo de deterioro divididos en 33% deterioro moderado, 13% deterioro leve y 7% deterioro severo, en los cuales se puede observar una prevalencia de las dificultades en el ámbito de la orientación espacial y la memoria a corto plazo, evidenciando en el tiempo de evaluación que estas dificultades se deben al disminuido nivel de interacción con el ambiente y con las personas fuera del centro de bienestar. Con el instrumento Yesavage que nos arroja que el 93% de la población adulta mayor del centro de bienestar no tiene depresión y solo el 7% de la misma lo presenta, debemos relacionar la importancia de apreciar que la disminución de las funciones cognoscitivas y la depresión son aspectos que pueden ir influenciados el uno del otro a largo plazo, esto es así si no son estimulados, de esta manera ocasionando que se acorte lentamente la realización de actividades y las interacciones sociales en las cuales se entablen conversaciones disminuyendo de esta manera la calidad de vida de los adultos mayores; agregando que con sus

declives conlleva también a presentar problemas a nivel social y económico, en especial en ciudades.

Soto y Fernández (2013) relacionan los años de escolaridad como un factor que incide en deterioros a largo plazo en la vejez, factor que a través de la observación participativa se debe tener en cuenta al momento de analizar esta población debido a que el 53% de los adultos mayores no tienen ningún tipo de educación escolar a lo largo de su vida, y el 47% restante que si lo tiene se limita a la primaria; cobrando sentido lo que confirman varias investigaciones, los niveles de escolaridad bajos en un factor de riesgo con respecto al deterioro (Barrera,2009)(Adana,2019).

Al realizar la evaluación de recursos sociales con el instrumento OARS se debe tener presente que este evalúa los recursos sociales, pero también las relaciones sociales que van muy unidas a las redes de apoyo, y estas a su vez se convierten en factor muy importante para determinar la capacidad de los adultos mayores de vivir de manera activa en la comunidad, ya que son estas redes las que les brindan a ellos respaldo y ayuda a sus necesidades.

Para el caso del centro de bienestar y la evaluación realizada a los adultos mayores, los resultados arrojaron que el 33% de la población se encuentra con los recursos sociales totalmente deteriorados debido a que no cuentan con red de apoyo familiar, ni cercana como amigos, el 26,66% presenta unos recursos sociales bastante deteriorados, el 33% presenta recursos sociales moderadamente deteriorados, estos resultados se encuentran influidos por la presencia de familiares, pero su acompañamiento o apoyo presencial es mínimo ya que están en otras ciudades y sus acompañamientos son bastante esporádicos, o en su defecto se les dificulta apoyo económico. Y el 6,6% restante que está clasificado con unos recursos sociales ligeramente deteriorados, se deben a familiares que se encuentran más presentes en la vejez de los adultos mayores en aspectos económicos y emocionales, pero que no se pueden hacer cargo del cuidado totalmente, en la totalidad de esta población se hace muy presente el sentimiento de soledad teniendo en cuenta que, aunque la familia se encuentra presente todos reconocen la red de apoyo institucional como su única red de apoyo. La soledad en los adultos mayores se convierte en un aspecto adversario del bienestar y la salud de los adultos mayores, puesto que estos dos aspectos no dependen únicamente de un buen estado físico sino también emocional, convirtiendo en ideal

que los adultos mayores tengan un protagonismo importante en sus comunidades y en la sociedad.

En cuanto a la atención en salud recibida por los adultos mayores del centro de bienestar “Pijao Tarapacá” del municipio de Pijao para el presente año y en el cual debemos basarnos para la intervención gerontológica se encuentra en un panorama bastante preocupante debido a que el hospital municipal se encuentra cerrado por irregularidades en su servicio, siendo de suma importancia considerar los resultados arrojados anteriormente como que el 73% de los adultos mayores padecen alguna enfermedad, o varias convirtiéndolos en pluripatológicos, y el 27% restante cuentan con factores de riesgo que los predisponen a padecer algún tipo de enfermedad. Adicional a esto se encontraron temas como la proveniencia de los medicamentos y la atención en salud, donde para el primer tema se registra que solo el 13% de los medicamentos está siendo entregado por las EPS, y el 87% restante proviene de donaciones y compras propias y particulares. En lo que refiere a la atención en salud se encuentra que el 87% de los adultos mayores residentes en el centro no está recibiendo ningún tipo de atención en salud, teniendo en cuenta que el municipio de Pijao se encuentra sin atención en salud, por lo tanto, sin médicos y enfermeras que puedan realizar seguimiento y control a las patologías. Otro aspecto fundamental se refiere a las enfermedades prevalentes dentro del centro de las cuales los adultos mayores no tienen ningún tipo de información y su tratamiento se limita a la ingesta de medicamentos, las anteriores son: la hipertensión arterial 23%, EPOC 16%, estreñimiento 13%, Hipotiroidismo 7%, Gastritis 13%, catarata senil 6%, epilepsia 3%, y en aspectos muy específicos se encuentran enfermedades como dolor crónico, Arritmia cardiaca, Hipoacusia y convulsiones, adicional a esto y debido a los cambios en el proceso de envejecimiento se presenta presbicia en el 80% de los adultos mayores.

En lo que respecta a la cualificación del talento humano que en el centro labora prestando atención a los adultos mayores se debe tener en cuenta que no cuentan con ningún tipo de formación en atención integral al adulto mayor, ni temas afines lo que ocasiona que por desinformación en ocasiones esta atención se base en solo la parte asistencial.

5. Justificación

El envejecimiento demográfico definido como “un proceso de cambio en la estructura por edades de una población, se caracteriza por un aumento relativo de personas viejas, así como por una reducción relativa de niños y de jóvenes” Torres-Degró, A. (2010). En Latinoamérica y a su vez en nuestro país, Colombia, es cada día más evidente. De acuerdo con el Censo DANE 2018, para el 2020 el 13,5% de la población colombiana es mayor de 60 años, lo que evidencia la necesidad de prestar especial atención a este proceso de transición demográfica del que Colombia está haciendo parte, de tal manera que se desarrollen políticas que incluyan al adulto mayor ajustándose a esta realidad poblacional donde prime el bienestar de los adultos, así convirtiendo al país en una nación más justa y equitativa con un enfoque diferencial que tenga en cuenta este grupo poblacional y su vulnerabilidad. Colombia y Latinoamérica como tal tienen un reto muy importante frente al envejecimiento y la atención que a los adultos mayores se les ofrezca, ya que debido a la transición demográfica que se está evidenciando en el mundo, la calidad de lo que se ofrezca al adulto mayor garantizarán socio-demográficamente mantener los países en niveles de calidad de vida exitoso cobrando sentido las palabras que se recitan en el documento de Envejecimiento y vejez en Colombia “*“Llegará el día en que, como resultado del número creciente de personas mayores y de su influencia en la sociedad, se logre que la conciencia colectiva de ser persona vieja se convierta en un hecho socialmente unificador y en un factor positivo que influya en todas las políticas, programas y actividades relacionadas con el envejecimiento y la vejez”* (Naciones Unidas, 1983,numeral 32).

En Colombia una persona es mayor a partir de los 60 años de edad y aunque la constitución política de Colombia en su artículo 46 dice:

El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (1991).

Esto quiere decir que velar por los adultos mayores es una responsabilidad y obligación de todos como sociedad y no una caridad o un favor que se deba realizar, es una deuda que tenemos con los adultos mayores que hacen parte de la sociedad en la que vivimos de garantizar

bienestar a sus vidas hasta el final, puesto que fueron estos los que han abierto el camino a las otras generaciones; y aunque también es cierto que la vejez como última etapa de la vida es una etapa de pérdidas, enlentecimiento y desgaste en todas las dimensiones que influyen en el proceso de envejecimiento del ser humano, se debe tener en cuenta que estas razones son suficientemente válidas para entender la importancia que cobra la atención e intervención personalizada en esta etapa de la vida que permita fortalecer vínculos y fomentar una calidad de vida encaminada en la independencia y afectividad.

Aunque el mundo está envejeciendo de manera acelerada, el envejecimiento individual depende de muchos factores como la edad, el rol, las creencias y la capacidad de adaptación de cada persona a su proceso de envejecimiento que debe a su vez considerar esto como un desarrollo integral que tenga en cuenta todos los ámbitos que influyen en el mismo; convirtiendo en un aspecto importante el proceso de socialización y la potencialización de habilidades que permitan a cada persona compensar sus pérdidas y mantener su funcionalidad y autonomía, de manera que esto permita mejorar su calidad de vida y así mismo alargar el tiempo de la misma.

En nuestro país se desconoce la cantidad exacta de Centros de Atención al Adulto mayor existentes, estos lugares son estigmatizados por la población relacionándolos con abandono e inutilidad de las personas que se encuentran institucionalizadas en ellos, invisibilizando las posibilidades y oportunidades de vivir esta etapa del desarrollo de manera diferente fomentando el envejecimiento activo y saludable. Adicionalmente, aunque la secretaría de gobierno del municipio de Pijao, Quindío, ente encargado de coordinar las intervenciones en el centro de atención se esmera por mantener las necesidades básicas de los adultos mayores institucionalizados, se evidencia una ausencia de investigaciones e intervenciones mediante las cuales los adultos mayores puedan manifestar sus deseos y así mismo intervenir de manera personalizada y centrada con cada adulto mayor con el fin de darle importancia y voz a dichos deseos, que a su vez nos van a permitir mejorar sentimientos y aspectos emocionales que se puedan estar viendo reprimidos impidiendo un bienestar óptimo y comodidad en sus vidas, teniendo en cuenta que el ámbito social y psicológico tienen la misma importancia que los otros trascendiendo otras necesidades.

Debemos tener en cuenta que en el centro de atención al adulto mayor “Pijao Tarapacá” no había existido nunca una pasantía gerontológica, y las intervenciones de esta disciplina se

habían realizado en calidad de prácticas, por lo cual se observan varios campos donde al intervenir y abordarlos podrán mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, brindándoles bienestar en todas las dimensiones, además de generar un impacto en la calidad de la atención que se presta.

Los resultados que se obtendrán de esta pasantía serán de gran utilidad para evaluar el impacto que logra la intervención gerontológica en el centro de atención al adulto mayor, que a su vez cambia la perspectiva de las personas habitantes del municipio de Pijao y colaboradores del centro con respecto al quehacer profesional y la importancia de una atención de calidad con los adultos mayores, además de tener la oportunidad de darle voz a la gerontología en un espacio nuevo donde se vea la necesidad de dicha intervención para contribuir a la calidad de vida de los adultos mayores y el centro de bienestar como institución puede optimizar los servicios prestados preparando propuestas innovadoras que contribuyan en la independencia y genere diferentes beneficios sociales, físicos y afectivos.

La intención de este proyecto de pasantía es planificar y ejecutar una serie de servicios de atención integral que pueda permitir a las personas mayores a prevenir complicaciones en la función o retrasar el deterioro progresivo. La funcionalidad en todos los aspectos además de incluir la importancia de su entorno en el mejoramiento de su calidad de vida aportando así mismo a su región unos mejores niveles de atención.

Las actividades de mantenimiento y rehabilitación no se hacen importantes para alargar el tiempo de vida, sino más bien renovar las expectativas de vida activa y libre donde el adulto mayor se mantenga lo más independiente posible, que todo esto a su vez permite darle cumplimiento al referente de envejecimiento activo contemplado en la política de envejecimiento y vejez de Colombia identificando la necesidad del ejercicio de la promoción, prevención, mantenimiento de la salud.

Recibir una atención integral y la formación del talento humano son dos ejes estratégicos de la política nacional de envejecimiento y vejez en Colombia que requieren fortalecimiento dentro de la atención prestada por el centro de bienestar que a su vez se encuentran relacionados con la implementación de la atención centrada en la persona en cada uno de los procesos de atención que el centro de bienestar.

6. Marco De Referencia

En este apartado de la presentación de la pasantía “Intervención Gerontológica en el Centro de Atención al Adulto Mayor "Pijao Tarapacá" del municipio de Pijao, Quindío.” Se realiza una recopilación de diferentes estudios en el ámbito internacional, nacional, local que tengan algún tipo de afinidad con lo que pretende esta pasantía.

6.1 Internacional

Martinez (2015) España. **La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación.** Esta tesis doctoral se enmarca en el movimiento de transformación del modelo de atención de los servicios gerontológicos lo que se ha denominado como enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP), el cual está tenido lugar desde hace ya dos décadas en otros países desarrollados como los del norte y centro de Europa, Canadá, Estados Unidos o Australia.

La ausencia de revisiones e investigaciones realizadas sobre la aplicación de la ACP en los servicios de atención a personas mayores en nuestro país, junto con la inexistencia de instrumentos de evaluación diseñados desde este enfoque validados en población española, justifica los objetivos planteados en este trabajo. En primer lugar, realizar una revisión del origen, evaluación y aplicaciones del enfoque ACP, modelos e intervenciones afines, así como de los instrumentos de evaluación existentes para su uso en los servicios de atención a las personas mayores que precisan cuidados. En segundo lugar, validar en población española dos pruebas de evaluación de servicios utilizadas internacionalmente para poder ser utilizadas tanto en la evaluación de centros (residencias y centros de día) como con fines investigadores;

concretamente el Person-centered Care Assessment Tool, P-CAT (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Gibson, 2010), y el Staff Assessment Person Directed Care, PDC, (White, Newton-Curtis & Lyons, 2008). En tercer lugar, ofrecer una primera descripción de carácter exploratorio sobre grado de atención dispensada en los recursos, según la opinión de los profesionales de atención directa y analizar la relación entre modelo de atención y distintas variables de los centros. Para ello, en la parte teórica se ha realizado una revisión de este enfoque de atención, de sus modelos y de su recorrido en el ámbito aplicado. En un primer capítulo, se ofrece una panorámica global de la evolución de los cuidados de larga duración a las personas en situación de dependencia, realizando una aproximación internacional y también señalando los principales retos que atañen a nuestro país. En el segundo capítulo se lleva a cabo una revisión de la aproximación conceptual de la ACP, así como de sus desarrollos y aplicaciones en los servicios gerontológicos. En el tercer capítulo se resumen las principales evidencias existentes sobre la aplicación de la ACP y de sus principales componentes en gerontología. Finalmente, en el cuarto capítulo de esta parte teórica, se presenta la revisión realizada sobre instrumentos de evaluación de servicios gerontológicos diseñados desde este enfoque de atención

En la parte empírica de esta tesis doctoral se ha llevado a cabo la traducción, adaptación cultural y validación de las dos de las pruebas mencionadas en una amplia muestra nacional donde han participado 98 centros (56 residencias y 42 centros de día) procedentes de 14 comunidades autónomas y un total de 1.681 profesionales de atención directa. Los resultados obtenidos indican unas buenas propiedades psicométricas de la versión española de ambas pruebas, permitiendo así su uso tanto en la evaluación de servicios como en la investigación. Además de los resultados psicométricos de las dos pruebas validadas se ofrece una descripción del grado de personalización de la atención que ofrecen los centros según la opinión de sus

profesionales, así como los principales resultados que señalan la asociación existente entre el grado de ACP dispensado y diferentes variables de los centros (características de los centros, características de los profesionales de atención directa y variables organizativas y metodológicas).

6.2 Nacional

Osorio Bayter, L. E., & Salinas Ramos, F. (2016) Cali. **El contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar.** La protección a los adultos o personas mayores se ha convertido en una política de Estado, esto debido al creciente registro de vulneración de los derechos de los mismos. Por lo tanto, conocer estas políticas gubernamentales y sociales que se encuentran vigentes, también el actual sistema de seguridad social y su cobertura para ésta población tanto en España y Colombia, así como su contexto legal y social, además de identificar los espacios donde un adulto mayor encuentra la alternativa de vivir y compartir sus años longevos, ya sea en los llamados hogares geriátricos, residencias o centros de atención a mayores, como también el papel que las empresas solidarias juegan en la oferta y demanda de un mercado donde el segmento del adulto mayor de acuerdo a las necesidades en este contexto, genera mayores demandas de productos y profesionales especializados con sentido social. Este tejido de relaciones en pro del Bienestar hacía el adulto mayor, conlleva a presentar los resultados parciales de una investigación realizada en hogares o residencias para personas mayores ubicados en Ávila, Madrid y Santiago de Cali

Narváez Ojeda, E. (2019). Nariño. **Implementación de servicios de atención gerontológica, en “La Casa Del Adulto Mayor”, del municipio de San Lorenzo -Nariño**

2019. El trabajo de pasantía se centró en la implementación tanto en el diseño del programa como en la ejecución del mismo de servicios gerontológicos en “La Casa Del Adulto Mayor San Lorenzo” de la Alcaldía Municipal, la cual contaba con la planta física sin funcionamiento alguno desde un componente gerontológico, por la inexistencia de profesionales y servicios especiales para adultos mayores hasta el momento, a pesar de ser un municipio con una cifra considerable de adultos mayores, siendo alrededor del 12% adultos mayores respecto a la población total del municipio, con 2.561 personas mayores de los 60 años.

6.3 Locales

Rodríguez Vidal, A. (2019). Quindío. Programa de intervención gerontológica en los adultos mayores con depresión y aquellos en riesgo de desarrollarla en el centro de bienestar el Carmen de la ciudad de Armenia (Quindío). Se realizó un Programa de Intervención Gerontológica a 13 Adultos Mayores con episodios de Depresión e igualmente a otros con riesgo de desarrollarla, y que residen en el Centro de Bienestar al Anciano ‘El Carmen’ en la Ciudad de Armenia (Quindío) con duración de un (1) año en el primer semestre del año 2019 con la implementación de la propuesta previa de la realización del diagnóstico.

Gallo, W (2021). Pijao. INTERVENCIÓN EN EL CENTRO DE BIENESTAR TARAPACA Y EFM CON SU FICHA GERONTOLÓGICA. La intervención gerontológica que se realiza con los adultos mayores es necesaria para una buena atención, pero se debe “Enfocar en diseñar intervenciones y programas ADAPTADOS a las diferentes necesidades de este grupo de población y a tener en cuenta los contextos y factores ambientales en que las personas

envejecen.” (MarCnez, 2012), esta intervención en el centro de bienestar pijao Tarapacá sirve para que la institución crezca a nivel social y evaluativo para beneficio de todos los adultos mayores y personal de la salud que se encuentra en la institución, en este documento les permitirá ver la creación de diferentes actividades, nuestra intervención en el CBA PIJAO TARAPACA y como gerontólogos buscamos el bienestar de cada adulto mayor. En el documento los autores mostraran evidencia de todo lo que han logrado durante sus dos meses de prácticas, el documento podrá mostrara las falencias y la necesidades que necesita el CBA y como se da recomendaciones para el crecimiento y la innovación de la misma institución

El proyecto busco fortalecer la calidad de prestación de los servicios a los adultos mayores y poder garantizar la atención centrada en la persona en el CBA PIJAO TARAPACA, con el propósito de garantizar la calidad de vida de los adultos mayores en la presenté institución buscando una mayor funcionalidad física, cognitiva, social y emocional, donde le permitan vivir su vida y crear sus proyectos al interior del CBA. Igualmente los autores como estudiantes de gerontología buscan enriquecer el campo laboral y buscar una mayor integración de los adultos mayores contando con 14 adultos, donde pudimos lograr hacer Carpetas Gerontológicas garantizando así una evaluación oportuna para cada una de ellos.

7. Marco Teórico

El marco teórico de la intervención gerontológica en el centro de atención al adulto mayor “Pijao Tarapacá” se encontrará basado en diferentes teorías que sustenten el comportamiento de

esta en las diferentes dimensiones y aspectos que acompañen a los individuos, en especial los adultos mayores en su proceso de envejecimiento logrando un nivel de bienestar óptimo.

A lo largo de la historia se ha podido evidenciar una especial necesidad e interés de los individuos por entender la manera en que el ser humano envejece no solo de manera personal sino también social, teniendo en cuenta que el envejecimiento, aunque debe ser visto como heterogéneo, es decir, donde se tenga en cuenta que cada persona envejece de manera diferente, se ha evidenciado a nivel mundial que el envejecimiento poblacional está pasando por un proceso de transición, convirtiendo estos aspectos en fundamentales a la hora de entender el manejo que se le está dando a este proceso; otro aspecto que se debe aclarar a la hora de realizar la revisión teórica de los comportamientos que permiten llevar a cabo este trabajo es la importancia de establecer la diferencia entre vejez entendiendo la misma como una etapa del proceso vital y envejecimiento como un proceso natural del ser humano que inicia desde su nacimiento.

Las teorías, modelos y enfoques que sustentan este trabajo, teniendo en cuenta los objetivos y que cada objetivo se encuentra enmarcado en procesos e individuos que aportan a la intervención de manera diferente son:

7.1 Enfoque del Curso de vida

Desde sus inicios este enfoque ha sido de los más adaptados y utilizados a la hora de hablar de envejecimiento ya que abarca varias disciplinas como lo son la demografía, sociología, historia, psicología, antropología, biología y epidemiología y, a su vez, las utiliza para nutrir su proceso conceptual que va cambiando a medida que el comportamiento del individuo lo realiza a través del tiempo, así es como se ha ido evidenciando el comportamiento de dicho enfoque desde

1970 cuando se realizaron las primeras publicaciones acerca del mismo, considerándolo como uno de los enfoques más integrales a la hora de hablar del ser humano y su comportamiento.

El enfoque de curso de vida es definido como el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Este trabajo utiliza la referencia teórica del enfoque de curso de vida según el autor y sociólogo estadounidense Glen Eider (1974, 1999) quien es destacado por realizar contribuciones muy importantes a dicho enfoque.

Los postulados o principios que sustentan el enfoque de curso de vida son: transición, trayectoria y punto de inflexión (*turning point*). Sumados estos postulados se encuentran cinco principios: desarrollo a largo plazo, principio de tiempo y lugar, principio de tiempo (*timing*), principio de vidas interconectadas y el libre albedrío (*agency*).

Transición.

Hace referencia a eventos específicos en ciertos momentos de la vida, no necesariamente predeterminados o absolutamente previsibles (entradas y salidas del mercado de trabajo, matrimonio, divorcios, entre otros). Las transiciones siempre están contenidas en las trayectorias, que son las que les dan forma y sentido; las transiciones marcan claramente cambios de estado, posición o situación. Lo que el enfoque de curso de vida plantea referente a esta transición es que

las transiciones pueden presentarse en cualquier momento (y dependiendo del dominio del que se trate, esto será más o menos probable) sin tener que estar predeterminadas. Aunque también es cierto que sigue prevaleciendo un sistema de expectativas en torno a la edad, el cual también varía por ámbitos, sociedades y grupos de diversa índole.

Trayectoria.

"El concepto de trayectoria se refiere a una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción" (Eider, 1991: 63). En relación con el enfoque la trayectoria no supone alguna secuencia en particular ni determinada velocidad en el proceso del propio tránsito, aunque sí existen mayores o menores probabilidades en el desarrollo de ciertas trayectorias vitales. La trayectoria puede verse como un proceso: de la infancia a la vejez. En ella, pueden acontecer múltiples transiciones.

Turning point.

Con esta expresión se hace referencia a momentos especialmente significativos de cambio; se trata de eventos o transiciones que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida, por ejemplo, la muerte de un familiar muy cercano y significativo, aunque no necesariamente tienen que ser eventos desventajosos, sino pueden ser todo lo contrario (Eider *et al.*, 2003). Estos 3 conceptos son la representación analítica del enfoque y captan la idea de transición en el curso de vida.

Figura 17 *Principios del enfoque de curso de vida*

El principio del desarrollo a lo largo del tiempo

Este primer principio básico se refiere a la necesidad de tener una perspectiva de largo plazo en la investigación y el análisis, ya que el desarrollo humano es un proceso que abarca del nacimiento a la muerte. De esta manera, "estudiando las vidas a lo largo de periodos substanciales de tiempo incrementamos el potencial del interjuego entre el contexto social y desarrollo individual" (Eider *et al*, 2003: 11).

El principio de tiempo y lugar

Este principio apunta directamente a la importancia de tomar en cuenta lo contextual. Así, considera que el curso de vida de los individuos está "incrustado" (*embedded*) y es moldeado por los tiempos históricos y los lugares que le toca experimentar a cada persona (Eider *et al*, 2003: 12).

El principio del timing

Este principio se refiere al momento en la vida de una persona en el cual sucede un evento. Por ejemplo, un suceso como la muerte de los padres repercutirá en la vida de un individuo según la edad y circunstancias en las que le ocurra dicho acontecimiento. Así, este principio postula que el impacto de una transición o evento está asociado al momento en que ocurre en la vida de una persona (Eider, 2003: 12).

El principio de vidas interconectadas (linked lives)

Este principio afirma que las vidas humanas siempre se viven en interdependencia, o sea, en redes de relaciones compartidas, y es precisamente en estas redes donde se expresan las influencias histórico-sociales (Eider, 2003: 12).

El principio del libre albedrío (agency)

Este principio lo que quiere destacar es que los individuos no son entes pasivos a los que solamente se les imponen influencias y constreñimientos estructurales. Los individuos hacen elecciones y llevan a cabo acciones, y de esta manera construyen su propio curso de vida; sin embargo, es cierto que ejercen su libre albedrío o libertad de acción dentro de una estructura de oportunidades que también implica, por supuesto, limitaciones, que proviene de las circunstancias históricas y sociales (Eider, 2001).

7.2 Modelo de atención centrado en la persona

Origen.

El origen de la atención centrada en la persona (ACP) se atribuye como base a la psicología humanista, y de manera más concreta a Carl Rogers y a su modelo de atención centrada en el cliente (Carl Rogers, 1961), la cual postula que el individuo posee en sí mismo los medios para la auto comprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento auto dirigido. En este proceso de cambio Rogers enfatiza la importancia que

tienen las actitudes y cualidades del terapeuta (capacidad de aceptación incondicional del otro, la empatía y la autenticidad) para el buen resultado de la terapia.

Este modelo se encuentra fundamentado por evidencias científicas basadas en aportes como los modelos ecológicos (Bronfrenbrenner, 1979; Kahana, 1975; Lawton 1975; Moos, 1974; Fernández-Ballesteros, 1987), los modelos de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002, 2003) y los modelos de envejecimiento exitoso (Baltes y Baltes, 1990).

Con respecto a la atención centrada en la persona enfocada a los adultos mayores, ha cobrado especial importancia ya que se ve respaldado también por ser una manera viable de lograr autonomía, envejecimiento positivo y activo e independencia en los adultos mayores que bajo este modelo se intervengan; también se debe resaltar que el ámbito legal y de normatividad se ve protegido por dicho modelo cuando se alinea con los derechos humanos de autonomía, inclusión, respeto (Naciones Unidas, 1948), los principios, leyes y artículos a favor de las personas adultas mayores (Ley 1251, 2008), el modelo de envejecimiento activo (OMS 2002), la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas 2006) , la Carta europea de derechos y deberes de las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración y asistencia (AGE y EDE, 2010)

El modelo de Atención Centrado en la persona (ACP) a su vejez se encuentra protegido por el ámbito de la bioética (Beauchamp y Childress, 1979; Gracia, 1989, 1991) ya que inhibe el incumplimiento de los principios de la misma (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) garantizando que las prácticas y la atención se realicen de manera adecuada.

7.2.1 Definición

La atención centrada en la persona se define como la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales (OMS, 2016).

Es un enfoque de la intervención en el que las personas usuarias se convierten en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales. Como enfoque reconoce una serie de principios o enunciados que orientan el modo de hacer, que integra diferentes modelos de atención profesionalizada, es decir, maneras de entender y organizar la acción profesional, que asumiendo este enfoque, buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan cuidados dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo y permite incorporar nuevas metodologías, nuevas maneras de hacer, que aportan un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la atención integral personalizada. (Teresa Martínez, 2013).

Figura 18 *Decálogo de la atención centrada en la persona*



7.2.2 Diferencias con la atención tradicional

Los modelos de atención centrada en la persona aportan una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos.

Figura 19 *Diferencias Atención centrada en la persona y Tradicional*



Fuente: *Algunas características de los modelos de atención, según estén centrados en la persona o en el servicio.* Adaptado de Sevilla J; Abellán R; Herrera G; Pardo C; Casas X; Fernández R (2009). Tomado de *Teresa Martínez, 2013.*

Criterios de Praxis de la atención centrada en la persona.

1. Para desarrollar la autonomía de las personas
 - Conocer a la persona, apoyar su identidad y proyecto de vida
 - Favorecer la elección y el control sobre el entorno (sentido de autoeficacia).
 - Poner en valor a la persona y relacionarse desde las capacidades
 - Conciliar seguridad, autonomía y bienestar emocional

2. Para proteger la intimidad
 - Crear cultura sobre la protección de la intimidad y la confidencialidad
 - Garantizar el máximo respeto y trato cálido en los asuntos más íntimos.
 - Proteger la confidencialidad en el manejo de la información personal

3. Para lograr un entorno positivo

a) Un espacio físico accesible y significativo

- Lograr un ambiente físico que ofrezca “sensación de hogar”
- Procurar un espacio accesible y orientador donde las personas se sientan

tranquilas, seguras y cómodas.

- Procurar un ambiente significativo que estimule a la actividad y a la interacción.
- Facilitar la elección y participación de las personas

b) Actividades con sentido

- Identificar actividades que estimulen a cada persona
- Facilitar que las personas decidan sobre su actividad cotidiana
- Integrar lo terapéutico en lo cotidiano
- Apoyar la participación de las personas con mayor deterioro

- Encontrar las mejores opciones

c) Relaciones con los demás y en contacto con la comunidad

- Facilitar la participación y colaboración de la familia
- Promover relaciones más allá de la familia
- Vivir y ser parte de la comunidad

d) Los profesionales y la organización

- Entender el buen cuidado desde el empoderamiento
- Reconocer y fortalecer las competencias clave
- Sensibilizar. Vencer temores y resistencias
- Acompañar a los profesionales en los cambios
- Lograr una organización flexible al servicio de las personas

a. Modelo Selección, Optimización y Compensación (SOC)

El término de “Vejez con éxito” que tuvo su origen en los años 60 y fue introducido en el lenguaje de la gerontología y el envejecimiento por Robert Havighurst, experto en desarrollo humano y envejecimiento en 1963, es el término que antecede este modelo.

El modelo de selección, optimización y compensación se creó originalmente como un modelo de desarrollo para explicar la adaptación a la pérdida de recursos debido a la edad, esto a través de ajustes en el uso y asignación de recursos.

El modelo de vejez con éxito basado en la optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990) recoge y aplica una parte sustancial de los presupuestos básicos de la Psicología del Ciclo Vital a la edad avanzada, especialmente en cuanto que contribuyen a definir el proceso de adaptación. Este modelo postula que las personas están inmersas en un proceso continuo de adaptación a lo largo de toda la vida mediante tres componentes que interactúan entre sí: la selección, la optimización y la compensación.

El enfoque de la selección, optimización y compensación (en adelante, SOC) se ha propuesto como mecanismo de envejecimiento exitoso (Baltes y Baltes, 1990). Consiste en adoptar diversas estrategias que redundan en un balance positivo entre las pérdidas y ganancias asociadas a la edad.

La selección hace referencia a la elección de objetivos (estados deseados que la gente busca obtener o mantener) y el establecimiento de prioridades al respecto (Jopp y Smith, 2006); este proceso puede ser llevado a cabo de acuerdo a las preferencias individuales y es denominado selección electiva o por el contrario puede realizarse basado en los experimentado y las pérdidas siendo denominado (selección basada en las pérdidas). En el caso de la población adulta mayor

los aspectos de su vida diaria que más se impactan con respecto a la selección son su independencia y el mantenimiento de la misma y sus decisiones sobre su red social.

La optimización refleja la idea de que los individuos se regulan para funcionar en niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución. Así, es esperable que las personas aprovechen las oportunidades ambientales o biológicas a lo largo de su ciclo vital para actuar enriqueciendo y aumentando su capacidad de reserva, de forma que todo ello les permita maximizar en cantidad y calidad el curso de sus vidas; es decir, en este paso del modelo los individuos aclaran sus objetivos y de esta manera eligen los medios para el logro exitoso de los mismos. En el caso de los adultos mayores y la aplicación de esta cobra importancia la plasticidad que permite buscar la manera de adaptarse a dichas pérdidas y no sencillamente abandonar los objetivos, ya sea invirtiendo más tiempo y esfuerzo en las actividades.

La compensación es el proceso mediante el cual los individuos activan habilidades, es decir, buscan unos nuevos medios alternativos que les ayuden y les permitan mantener sus niveles de función en el ámbito que se perciba la pérdida. Sin embargo, hay casos en los individuos donde las pérdidas son tan significativas y pronunciadas que ni optimizando y compensando se funciona igual es en este momento donde el adulto mayor o individuo afectado debe elegir cuáles son sus deterioros más importantes y que sean fundamentales para tener un nivel de calidad de vida óptimo y fortalecerlos para su mantenimiento.

La selección, optimización y compensación no deben ser vistas exclusivamente como procesos intencionales y racionales. Cada uno de los tres procesos puede ser activo o pasivo, aunque idealmente todos deben involucrar la persecución activa de nuevas habilidades o una aceptación gradual de la vida sin ciertas habilidades. Al usar estrategias de selección,

optimización y compensación, los adultos mayores pueden contribuir a su propio envejecimiento exitoso.

7.3 Promoción y prevención de la salud

Promoción de la salud

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”.

Esta estrategia en su implementación propone crear espacios y entornos saludables que le permitan a la población tener estilos de vida saludable, fortalecimiento de sus relaciones sociales, teniendo en cuenta que este tipo de cosas son posibles y viables de lograr mediante la creación de políticas que las impongan y que obliguen su cumplimiento.

Prevención en salud

Se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

Estas actividades de prevención se encuentran divididas en 3 niveles que son:

- **Prevención primaria**

Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998). Las cuales tienen como finalidad disminuir la incidencia de las enfermedades en las poblaciones.

- **Prevención secundaria**

Este tipo de prevención es creada con la intención de realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente, implementada en pacientes aparentemente sanos creando en ellos estrategias de tratamiento oportuno.

- **Prevención terciaria**

Es la intervención clínica eficaz para evitar complicaciones y secuelas de la enfermedad. Su objetivo específico es, una vez que la enfermedad ha aparecido y es manifiesta y conocida, aliviar los síntomas, reducir las complicaciones al mínimo y preservar o mejorar la función para mantener la independencia y evitar la institucionalización.

Para el desarrollo de la pasantía en el centro de bienestar se tendrán en cuenta los tres niveles de prevención, de manera más presente los niveles de prevención primaria y secundaria debido a que la intervención se realizará desde la prevención, el mantenimiento y en el caso de la prevención terciaria se encontrará presente en la medida que uno de los objetivos se refiere a la atención en salud.

7.4 Teorías que sustentan el proyecto

Las teorías psicosociales en las que se encuentra basado el planteamiento de este proyecto tienen como intención comprender y predecir la adaptación exitosa tanto de los adultos mayores e individuos y de manera viceversa

De acuerdo con Bengston, Burgess y Parrot (1997), quienes afirman que se tienen teorías sociológicas de primera, segunda y tercera generación. Y son las teorías de tercera generación las que han emergido después de 1980 con la finalidad de criticar, agrupar, modificar teorías anteriores.

7.4.1 Teoría del construccionismo social.

Esta teoría busca comprender y explicar las realidades sociales relativas al envejecimiento, los procesos individuales del envejecimiento en contexto y los papeles

relacionados con la construcción social de la edad (Gubrium y Holstein, 1999) y tiene en cuenta que las realidades y los individuos se encuentran en un cambio constante durante todo el trascurso de vida evidenciando así unos niveles de influencia de este en aspectos psicosociales. Mediante esta teoría se han logrado precisar “(...) situaciones asociadas al cuidado, la calidad de vida, las relaciones familiares, la sensación de fragilidad y la autonomía en la vejez” (Hernández 2016, p. 68). En la aplicación de esta teoría uno de los aspectos que han cobrado gran importancia y que han generado más impacto en la intervención gerontológica es la actividad autobiográfica y de historias de vida.

7.4.2 Teoría de la economía política de envejecimiento.

Lo que plantea esta teoría se basa en como la asignación de recursos sociales, económicos y políticos configura relaciones de poder, autonomía e influencia en la experiencia del envejecimiento. Se considera aquí no solo la variable “edad”, sino también las de clase, género, raza y etnia. Es decir, esta teoría afirma que la distribución inequitativa de estos recursos puede ir en detrimento del estatus de las personas viejas, del tratamiento que les es dado, del acceso a las oportunidades y las elecciones en la vejez. Esta teoría se ha usado para orientar investigaciones políticas sobre la vejez, así como programas de jubilación, pensiones, cuidado, servicios comunitarios e institucionalización ((Bengston, Burgess y Parrot, 1997) citado por Robledo Marín, Carlos Arturo, & Orejuela Gómez, Johnny Javier. (2020)).

7.4.3 Teoría de la estratificación por edad

Planteada por Riley, Johnson y Foner (1972), es una de las perspectivas más influyentes en la investigación del envejecimiento (Bengston, Burgess y Parrot 1997), ya que proporciona un análisis amplio para comprender la interacción entre los adultos mayores y las estructuras

sociales cambiantes, las configuraciones de grupos e instituciones en la sociedad y los desequilibrios sociales entre personas y funciones, en los que la edad se convierte en una categoría de importancia para la distribución del poder y por lo tanto estos aspectos que pueden poner en desventaja la última etapa del curso de vida.

7.4.4 Teoría de los roles.

Teniendo en cuenta la definición de Rol de la Real Academia Española, como el papel que cumple una persona o un grupo en una actividad cualquiera o como la conducta que un grupo espera de una persona. Esta teoría fue propuesta por Irving Rosow (1967) en la cual plantea que, a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización: rol de hijo/a, rol de estudiante, rol de padre/madre, rol de trabajador/a, etc. De esta manera, el individuo va adquiriendo un estatus o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personal.

En la vejez muchos de estos roles van cambiando de acuerdo a las responsabilidades y necesidades que la misma sociedad les impone a los individuos en cada una de las otras etapas, pero también se debe tener en cuenta que en esta etapa del curso de vida se pierden muchos roles debido al retiro laboral lo que en muchas ocasiones causa que los adultos mayores se sientan invisibilizados.

Esta teoría cobra importancia, ya que es muy importante impedir la pérdida de roles y en lugar de lo anterior empezar a implementar cambios en los mismos que permitan generar en los adultos mayores actividad y utilidad.

8. Marco Legal

Nuestros antepasados en sus comunidades consideraban al adulto mayor como miembro importante y la máxima fuente de conocimiento por lo que debía respetárseles, pero a la vuelta de unos años e iniciando el siglo XX, este comportamiento social tuvo un giro inexplicable donde las personas adultas mayores fueron perdiendo su voz dentro de la sociedad y empezaron a sufrir la desconsideración y el olvido del estado y los otros más jóvenes, pero por encima de todo eso se debe tener en cuenta que aunque no todas son llevadas a cabo, ni se les da cumplimiento, el adulto mayor cuenta con una serie de garantías constitucionales ya que sigue siendo sujeto de derechos por el simple hecho de haber nacido y pertenecer a la humanidad no importa su raza, etnia, nacional o sexo.

El marco normativo que tuvo sus inicios y respectivas modificaciones teniendo en cuenta los cambios demográficos que se han venido presentando desde finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, sucesos que obligaron a la sociedad a replantear e integrar sus planes de acción sobre el envejecimiento que fueron aprobados en la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002 donde las recomendaciones fueron encaminadas sobre 3 ejes que se consideraron podían direccionar las acciones que se fueran a llevar a cabo en cada país de acuerdo a su comportamiento demográfico; estos ejes son: 1. Las personas de edad y el desarrollo. 2. La promoción de la salud y el bienestar en la vejez. 3. Creación de un entorno propicio y favorable, cumpliendo así con los principios que manifestaron las naciones unidas a favor de las personas de edad en la asamblea de 1991.

Por lo tanto en Colombia y en el mundo el objetivo y responsabilidad estatal es el mismo, ...“garantizar que se pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas mayores

puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (El plan de Acción Internacional sobre envejecimiento, 2002), teniendo en cuenta y tal como lo dice la introducción del plan de Acción Internacional sobre envejecimiento de 2002 “el envejecimiento de la población pasara a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo, que según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI”.

En Colombia, el marco legal que acompaña el comportamiento del estado y la sociedad en lo que respecta a los adultos mayores inicia en la constitución política y las demás leyes que se han presentado después de esta para dicho cumplimiento y estas son:

8.1 Constitución política de Colombia

La constitución política señala en su artículo 13 que, es obligación del Estado proteger a todas aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia vulnerable, sancionara los abusos y maltratos que contra ella se cometan, además en el artículo 46 de la misma hace referencia a que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad. Y que el Estado les garantizara los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. En el ámbito de dichos derechos fundamentales se deben tener en cuenta también las sentencias que la corte constitucional implementa como lo es la sentencia T- 121 de 2015 donde se expresa que el derecho a la salud debe ser oportuno y eficaz en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo, de igual manera comprende, la satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva, como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada.

8.1.1 Leyes

Y en lo que respecta a las leyes, los adultos mayores cuentan con la ley 1251 de 2008 (Congreso de la república, 2008) la cual tiene como objeto proteger, promover, reestablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral a las personas en su vejez; todo esto para lograr que los adultos mayores se conviertan en miembros participes de la sociedad desde sus experiencias de vida; en esta ley se especifican los deberes que tenemos para con los adultos mayores la sociedad civil, la familia y el estado como entidad protectora respetando una serie de principios que permitan implementar los mecanismos necesarios para lograr una calidad de vida optima a los adultos mayores, además de que cuenta con un espacio especial acerca de los deberes de los adultos mayores, con sus pares, su propio autocuidado y la sociedad en general, evidenciando que los retos y obligaciones son responsabilidad de todos y son ellos también los encargados de que aunque sean sujetos de derecho cada día tengan más voz en sus redes cercanas y puedan aprovechar las oportunidades que como sujetos se les brinda.

Acerca de la Ley 1315 de 2009 (Congreso de la Republica de Colombia, 2009) esta considera a toda persona mayor de 60 años como un adulto mayor. Además, señala las directrices, para solicitar ante la secretaría de Salud correspondiente la autorización para el funcionamiento, e instalación de centros encargados al cuidado del adulto mayor.

Por lo tanto, el director o representante legal de todos los centros de atención al adulto mayor deben solicitar a sus secretarías de salud correspondientes la autorización para su funcionamiento cumpliendo con una serie de requisitos que acrediten el dominio y adecuación

del sitio para la atención de los adultos mayores que les permita garantizar su buen desenvolvimiento.

Por medio de la Ley 1276 de 2009 (Congreso de la República, 2009) se adopta y se reglamenta, la estampilla para el bienestar del adulto mayor, esta ley se implementó para modificar la ley 687 de 2001, la presente manifiesta que dicho recurso de obligatorio recaudo debe ser destinado para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros de Bienestar del Anciano y Centros de Vida para la Tercera Edad, en cada una de sus respectivas entidades territoriales; además divide este recurso su totalidad quedando los centros vida con el 70% y el 30% restante destinado a los centros de bienestar, quedando como principales beneficiarios los adultos mayores de los estratos I y II con la finalidad de reducir niveles de vulnerabilidad y aumentar la calidad de vida de los adultos mayores.

El objeto principal de la ley 1850 de 2017 () establece las rutas y medidas de atención inmediata a la protección del adulto mayor dictando así mismo los medios de comunicación correspondientes frente a maltratos contra el adulto mayor, ya sea en ambientes familiares como en los centros de protección especial y demás instituciones encargadas del cuidado y protección de los adultos mayores.

La ley 1171 de 2007 (Senado de la Republica, 2007) por medio de la cual se conceden a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida. Estos beneficios tienen como requisito mínimo la cedula de ciudadanía que acredite su edad cronológica, estos beneficios principalmente contribuyen a aspectos como el transporte, la

recreación en todos los escenarios deportivos que reciban exenciones del estado, además de las ventanillas preferenciales y la atención especial.

Una de las leyes más actuales acerca de la protección a los adultos mayores es la ley 2055 de 2020 mediante la cual la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores busca promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad, donde se tuvo en cuenta que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano, abordando también otros asuntos de vejez que contribuyan a generalizar una perspectiva de derechos humanos.

Partiendo de todas estas leyes además se implementa en el año 2015 la actualización a la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, la cual está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género, teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. Es una Política Pública, concertada, con el propósito de visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2014-2024.

Esta política se encuentra conformada por 4 ejes estratégicos que se interrelacionan para adquirir un compromiso simultaneo tanto del estado, como de la sociedad y la familia. El primer eje de esta política habla acerca de la promoción y garantía de los derechos humanos de las personas adultas mayores, siendo el estado el comprometido a dar cumplimiento a las

obligaciones en torno a la construcción de condiciones, en el marco de la realización y restablecimiento de derechos, que garanticen la superación de desigualdades sociales en la vejez, en términos de seguridad de ingresos, servicios de salud adecuados, servicios sociales, educación y género, entre otros.

El segundo eje de la Política Nacional de Envejecimiento establece los lineamientos que se deben llevar a cabo acerca de las acciones que giran en torno a la protección social integral en Colombia para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo. El sistema de protección social en Colombia ha migrado de un enfoque de asistencia social, entendida como caridad, a un enfoque de asistencia y previsión social como derecho, en el cual se enfatiza la igualdad de derechos y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales.

El tercer eje se fundamenta en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, busca tanto garantizar autonomía y desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas como promover espacios y entornos saludables para la población, crear ambientes seguros para todos, construir una cultura que provea espacios reales de participación de las personas adultas mayores, sin discriminación, superar los estereotipos de la vejez y recrear imaginarios positivos de la vejez.

Y el último eje estratégico busca desarrollar dos temas fundamentales la investigación y la formación de talento humano especializado, con capacidad de gestionar individual, y colectivamente, el proceso de envejecimiento humano y vejez.

En esta pasantía se encontrarán integrados los 4 ejes de manera que el ejercicio de intervención tendrá involucrado cada uno de ellos en el cumplimiento de los objetivos con la finalidad de que cada uno de ellos aporten aspectos a la atención integral.

Y actualmente se adoptó la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031 mediante la cual se actualiza la anterior y se formula el Plan Nacional de Acción Intersectorial de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y la creación del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Según este decreto ley la actualización de la política está enmarcada en 6 enfoques (género, curso de vida, territorial, intersectorial, diferencial y de derechos), centrados en la dignidad humana, la protección de los adultos mayores desde el Estado y la familia, la integración a la vida comunitaria y productiva, entre otros. Del mismo modo, se sustentará en los principios de independencia, autorrealización, corresponsabilidad y cuidados.

Además de unos ejes estratégicos dirigidos a la atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicio de cuidado que estará acompañado por la educación, formación e investigación para enfrentar el desafío del envejecimiento y la vejez brindándole espacio la educación y la información sobre el derecho a morir con dignidad en sus tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico y muerte anticipada o eutanasia mediante estrategias que también aborden el derecho a las decisiones informadas en salud.

9. Marco Conceptual

En el desarrollo del presente trabajo se exponen una serie de referentes conceptuales que se relacionan entre sí de acuerdo a la necesidad de entender cada uno de estos conceptos para comprender de manera coordinada la idea central de la propuesta.

Se define adulto mayor a las personas mayores de 60 años (OMS) grupo poblacional que, en nuestro país, Colombia, se encuentra en aumento debido al proceso de transición demográfica, rescatando que dicho significado y modificación del termino permite aliviar los prejuicios de otros términos como lo es anciano o viejo, además se entiende al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida” (Fernández, 2009, p.21), adicionado a esto el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017) manifiesta que *los adultos mayores son sujetos de derechos, socialmente activos y con garantías y responsabilidades respecto a sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.*

También es importante reconocer la diferencia que existe entre los términos envejecimiento y vejez definiendo el primero de estos (envejecimiento) según la OMS como el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte, proceso que está presente en el curso de vida desde el momento del nacimiento hasta el final de la vida que es la muerte y el segundo de estos que no es más que una etapa del ciclo vital, la última del mismo y que socialmente se encuentra determinado el inicio de la misma por cada contexto y país, en el caso de Colombia, la vejez inicia a los 60 años (DANE, 2018).

La gerontología se refiere a una rama del conocimiento o ciencia que estudia el envejecimiento, es considerada como la ciencia de la vejez, así mismo es una rama de la medicina que estudia los cambios inherentes al envejecimiento fisiológico, sustenta a la geriatría y analiza la influencia que tienen sobre el envejecimiento los factores de índice sociológico,

económico, sanitario, medio ambiente, psicológicos o de salud mental, entre otros, este estudio tiene de forma común un carácter interdisciplinario (Ramírez, 2016).

Ander-Egg señala que la intervención designa "el conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado" (1995). En este sentido hablar de intervención gerontológica refiere la manera en que se logra hacer efectivo el quehacer del gerontólogo dentro de una institución abordando de manera integral la persona adulta mayor que permita prevenir o mejorar situaciones en cada una de las dimensiones que a ellos respecta.

Adicional a esto, es muy importante tener en cuenta definiciones o terminologías que se estarán mencionando a lo largo de todo el trabajo como lo son:

Actividades básicas de la vida diaria.

Se trata de las actividades que requiere el ser humano para subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado, de funcionamiento básico físico y mental.

Autonomía.

Autores como Piaget (1968), Kant (1997), Vygotsky (1993) y Bornas (1994), según Sepúlveda (2003), definen la autonomía como la capacidad de desarrollar de manera independiente la valoración por sí mismo, la toma de decisiones, el sentido de responsabilidad, etc. como resultado de un largo proceso de desarrollo individual y social a través de la aportación de distintos ámbitos de intervención de la educación social con el objetivo de promover el bienestar social y mejorar la calidad de las personas en general.

Dependencia.

Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado (Consejo de Europa, 1998).

Calidad de vida.

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

Limitación en la actividad.

La nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 14-22 mayo de 2001) (Organización Mundial de la Salud, 2001) establece que limitación en la actividad (sustituye el término "discapacidad", tal y como se venía utilizado en la CIDDDM): son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.

10. Objetivos

10.1.1 Objetivo General:

Implementar un modelo de atención con un enfoque gerontológico que permita contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y el grado de satisfacción de los adultos mayores en el centro de atención al Adulto Mayor “Pijao Tarapacá”.

10.1.1 Objetivos Específicos:

- Contribuir a mejorar la atención integral de la población adulta mayor del centro de atención al Adulto Mayor “Pijao Tarapacá” que permita disminuir las deficiencias físicas, psicológicas y sociales.
- Promover la formación y capacitación de los recursos humanos prestadores de servicio en la institución para que garanticen calidad de vida a los adultos mayores y cada día se cualifiquen en la atención al adulto mayor.
- Aplicar estrategias de promoción, prevención fomentando la independencia en las actividades de la vida diaria que les permitan a los adultos mayores una integración social más activa.

11. Diseño Metodológico

Este proyecto de pasantía de Intervención Gerontológica en el centro de atención al adulto mayor “Pijao Tarapacá” del municipio de Pijao, Quindío se desarrolló en primer lugar teniendo en cuenta la importancia de abrir nuevos espacios de aprendizaje para la academia además de

intervenciones que permitan aportar a la sociedad y los individuos adultos mayores conocimientos aprendidos en la academia convertidos en práctica para el mejoramiento de su calidad de vida.

La metodología que se utilizara en esta pasantía se encontrara basada en la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), teniendo en cuenta la información obtenida y analizada que lo hace pertinente en el contexto.

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) se encuentra implementada desde principios de los años 80, y fue declarada en Alma Data, la conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud donde se buscaba lograr a través de este la meta de salud para todos.

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país.

Esta estrategia aborda los componentes de Educación, Salud, Social, Sustento y Empoderamiento generando estrechas relaciones con la inclusión, el cumplimiento de los derechos, y además promueve la participación de las personas en sus propias decisiones desarrollando capacidades en cada una de las esferas para de esta manera generar aportes sociales, comunitarios y políticos. Teniendo en cuenta que sea cual sea el componente y el modelo de atención que se implemente en el desarrollo de la estrategia debemos desarrollar saberes como saber-ser, saber-hacer, saber-conocer, saber-convivir que permiten revisando contextos identificar problemas y convertirlos en retos a solucionar y necesidades a satisfacer.

Para la implementación de esta estrategia dentro del centro de atención “Pijao Tarapacá” se tienen en cuenta los componentes y los lineamientos que el Ministerio de Salud y Protección Social basado en las guías para la RBC (OMS 2012) , los componentes que basan esta estrategia y que al aplicarlos como metodología nos permiten ordenar las ideas y generar acciones de inclusión, participación y fortalecimiento de capacidades en cada esfera que a los adultos mayores y demás actores respecta son: Salud, Educación, Sustento, Social y Empoderamiento.

La intervención gerontológica se hace necesaria para los adultos mayores ya que permanecen mucho tiempo sin realizar actividades productivas, donde generalmente el único momento de actividad es su aseo personal, quedando claro que los adultos mayores únicamente satisfacen sus necesidades básicas y las demás necesidades quedan sin intervención.

Esta intervención se encontrará dividida en 4 fases y de acuerdo a la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad la metodología se llevará a cabo por componentes.

11.1.1 Fase I- Acercamiento

El reto de esta primera fase consistió en realizar un proceso de acercamiento y sensibilización que fortaleciera los vínculos con el adulto mayor y el talento humano que de alguna manera u otra se relaciona con el centro identificando y solventando necesidades.

-Presentación personal a los adultos mayores y talento humano.

-Preparación de material

-Reconocimiento del contexto

11.1.2 Fase 2- Caracterización, Evaluación multidimensional y diagnóstico.

En esta fase se realizó una indagación acerca de los datos personales, los aspectos socioeconómicos, y evaluar el estado en el que se encuentra cada adulto mayor con respecto a

cada esfera (Funcional, cognitiva, social), sondear gustos e intereses individuales desde las experiencias vividas además de poner en conocimiento formal a través del consentimiento informado el compromiso y la participación en cada momento y/o actividad a realizar,

- Presentación del consentimiento informado con cada adulto mayor.

- Caracterización con cada adulto mayor, donde se conocen datos personales, estado socioeconómico.

- Aplicación de instrumentos de evaluación Barthel, Lawton y Brody, Yesavage, Pfeiffer y OARS con cada adulto mayor.

- Realización de historias de vida.

- Análisis de datos.

11.1.3 Fase 3 - Diseño del plan de actividades

En esta fase se tiene en cuenta la información recolectada en las fases anteriores (evaluaciones, ficha gerontológica, gustos e intereses, indagaciones) para formular con base a los lineamientos de la estrategia RBC las actividades que se desarrollaran a lo largo de toda la pasantía para que cada falencia encontrada se fortalezca y se adquieran destrezas todo esto con el fin de brindar bienestar y calidad de vida a los adultos mayores.

Salud

- Identificar, controlar y modificar, los factores de riesgo dañinos a la salud y que constituyan riesgos de mortalidad o deficiencias a la función como lo son (Hábitos tóxicos, malnutrición, depresión, accidentes, caídas).

- Realizar gestión para la atención, seguimiento y control de las enfermedades presentes y prevalentes en cada adulto mayor.

-Revisar los esquemas de vacunación de cada adulto mayor de manera interdisciplinaria y gestionar la complementación de estos en caso de no estarlo con el fin de inmunizar a todos los residentes en aspectos que se determinen.

-Implementar evaluación multidimensional al menos 2 veces al año con el fin de realizar seguimiento a los adultos mayores.

-Formular protocolos:

- Ingreso Gerontológico.
- Atención en salud.
- Caídas o accidentes.

-Realizar ejercicios de adherencia al tratamiento a los adultos mayores medicados y pluripatológicos.

-Realizar acciones y llevar a cabo jornadas de concientización acerca de la automedicación

Educación.

-Desarrollar actividades de educación en salud con los adultos mayores acerca de:

- Derechos y deberes
- Estilos de vida saludable
- Enfermedades prevalentes en la institución
- Riesgo de caídas

-Capacitar, actualizar y formar al talento humano presente en el centro acerca de:

- Atención centrada a la persona.
- Empatía

- Enfoque de derechos
 - Atención integral al adulto mayor
- Realizar jornada educativa donde cada miembro activo de la institución tenga un tema y de esta manera intercambiar saberes.
- Organizar planes de superación profesional, cursos y entrenamientos en las áreas de la salud.

Sustento.

- Realizar apoyo institucional de acuerdo a las orientaciones dadas en las resoluciones y leyes del ministerio de salud y protección social.
- Realizar intervenciones individualizadas que fortalezcan destrezas y capacidades de acuerdo a los gustos y preferencias de cada adulto mayor fomentando la independencia.

Social.

- Identificar redes sociales de apoyo.
- Realización de actividades motoras que permitan mantener y mejorar el estado físico y mental de los adultos mayores.
- Establecer cronograma de celebraciones importantes que permitan acercamientos y fortalecimiento de vínculos.

Empoderamiento.

- Garantizar el derecho de autodeterminación a través de la aplicación de la Carta de Consentimiento Informado.
- Elegir un representante de los adultos mayores para su participación en las juntas internas del CBA

- Gestionar enlaces interinstitucionales y/o privados que les permitan a los adultos mayores tener voz en radio, videos, etc.
- Fomentar la importancia de la participación política y social de los adultos mayores.
- Realizar acompañamiento en la construcción de poderes vitales (¿Quién soy?, Debilidades y fortalezas).
- Crear grupos de autoayuda entre los adultos mayores del centro que tengan patologías en común y puedan realizar acompañamientos y apoyos adulto-adulto.

11.1.4 Fase 4 - Evaluación del Impacto

En esta fase se formuló un grupo de indicadores que permitan sustentar y evaluar el impacto de la intervención.

- Participación.
- Satisfacción.
- Resultados del seguimiento a las evaluaciones.

12. Población

Se entiende por beneficiarios a las personas que obtendrán algún tipo de beneficio en la implementación y ejecución de los objetivos. Identificando los mismos en 2 tipos:

12.1.1 Beneficiarios Directos:

Teniendo en cuenta la metodología elegida para el logro de los objetivos que están dirigiendo esta pasantía los beneficiarios directos son:

En primer lugar, Los 16 adultos mayores institucionalizados en el Centro de Bienestar “Pijao Tarapacá”, ya que son las personas que hacen posible la intervención gerontológica dentro

del mismo, además de ser los individuos que tendrán el principal impacto debido a dicha intervención desde todos los objetivos.

En segundo lugar, el talento humano que hace parte de esta institución ya que, de acuerdo al segundo objetivo, estas personas se verán beneficiadas con dicha actualización y formación de manera personal siendo esto una oportunidad de enriquecer sus conocimientos y de esta manera brindar una mejor atención a los adultos mayores.

El tercer beneficiario de esta pasantía hace referencia al centro de bienestar “Pijao Tarapacá” como institución, permitiendo mejorar la calidad de su atención a los adultos mayores residentes basándose en la implementación de un modelo de atención centrado en la persona que vea los adultos mayores como sujetos de derechos y se realice intervención más allá de solo la satisfacción de necesidades básicas.

Beneficiarios Indirectos.

Se refiere a todas aquellas personas que se ven beneficiadas con este mismo apoyo e intervención, pero sin ser principales receptores de la acción.

En este caso cuando hablamos de los beneficiarios indirectos de la intervención gerontológica en el centro de atención al adulto mayor “Pijao Tarapacá” se refiere a las familias como red de apoyo de los adultos mayores que allí residen. Otro beneficiario indirecto de esta pasantía en el CBA “Pijao Tarapacá” es la población habitante del municipio de Pijao, Quindío ya que al ser un pueblo de relativamente pocos habitantes es más notorio el impacto que se realice a sus adultos mayores institucionalizados logrando que el municipio se visibilice como un municipio que incluye y se preocupa por sus adultos mayores.

13. Contextualización (geográfica, histórica, social y económica)

13.1.1 Histórica.

En el año 1902, entre el 12 y el 15 de mayo, se hizo la limpieza en lo que hoy es la plaza principal de Pijao y acordaron los fundadores darle el nombre de SAN JOSE DE COLON, sus fundadores fueron Emiliano Orozco, Quintiliano Fernández y Nemesio Peña. En el año de 1905 y ante el vertiginoso progreso se solicitó al Honorable Concejo de Calarcá erigirlo corregimiento ya que dependía de él. Durante el año 1905 el corregimiento de San José de Colon y los demás municipios y corregimientos del Quindío y de Risaralda, conformaron el naciente Departamento de Manizales, hoy Departamento de Caldas.

En el año 1965 el Departamento del Quindío se independiza del Departamento de Caldas según la Ley II del 19 de enero de 1966 y asume esta comarca la distinción del municipio del Quindío.

Pasadas las etapas de colonización, estos territorios iniciaron su economía con procesos mercantiles de productos primarios tales como el tabaco, el plátano, el banano y el café. Sobre todo, la importancia económica nacional e internacional del tabaco y el café en nuestro caso. En este último se basó la acumulación de capital que impulso el comercio en el municipio de Pijao.

Posteriormente en las décadas de 1930 y 1940, con el desarrollo de la red vial nacional y como consecuencia de este, la construcción de la troncal de occidente pasando por el límite territorial de Pijao, se le otorgaron nuevos factores de expansión de la producción, el comercio, así como también el centro de atracción para los migrantes. Es en esta época, cuando el municipio pasa por su mejor momento, formando parte del proceso de integración geográfica y económica nacional, tanto entre el oriente y Occidente, como el Norte y el Sur del país.

A la par con estos procesos de integración se consolida la economía cafetera y, con la importancia adquirida por el gremio cafetero, se dan los procesos acelerados de cambio hacia el monocultivo del café; pero también posteriormente se sufre la crisis y desestabilización relativa de este tipo de economía, así como el aislamiento del corredor vial del occidente al construirse la vía al Valle por el Alambrado, hechos ocurridos entre los años 1984 y 1986.

13.1.2 Geográfica.

El Municipio de Pijao se encuentra situado en la ladera occidental de la cordillera Central (flanco oriental del Departamento del Quindío), a 4°20'17" de latitud Norte y 75° 42'27" de Longitud Oeste. Se considera que su altitud va de los 1.100 a 3.800 m.s.n.m y la cabecera municipal a 1.700 m.s.n.m., con una temperatura media de 19° C. Limita al norte con los Municipios de Córdoba, Buenavista y Calarcá; al oriente con el Departamento del Tolima; al sur con el Municipio de Génova y al occidente con el Departamento del Valle del Cauca.

Figura 20 *Pijao Quindío*



Fuente: Wikipedia (2021)

Según la encuesta DANE y el Plan de desarrollo municipal del municipio; Pijao tiene un área total de 243.12 Km² dividida en Urbana: 0.58 Km² Rural: 242.54 Km² Pijao tiene una población distribuida en suelo rural y urbano, de la siguiente manera: Población: 4.877 Habitantes Urbana: 2.893 Habitantes Rural: 1.984 Habitantes.

En Pijao los adultos mayores equivalen al 20,2% de la población con un total de 986 adultos mayores de los cuales hay 433 mujeres y 553 hombres, que por edades se encuentran divididos así:

60-64 años – 31,3%

65-69 años – 28,6 %

70-74 años – 16,3 %

75-80 años – 12,8%

80+ años – 11%

Además, la distancia que lo separa de la capital quindiana es de 34 km.

13.1.3 Social

El Municipio de Pijao es distinguido como el “lugar donde llegan las garzas”, ya que tienen como particularidad que todos los días al atardecer; las garzas llegan allí, en busca de los arboles grandes, donde realizan sus actividades, propias de cotejamiento y conquista entre los machos y las hembras. Es de esta manera tan particular y sorprendente, que esta especie se ha convertido con el paso de los tiempos, en un símbolo representativo del Municipio.

El Municipio de Pijao desde octubre de 2014, goza de reconocimiento nacional e internacional como un municipio con una dinámica de ciudad lenta, donde el tiempo transcurre

sin prisa y a la par de este, sus habitantes; y es por esta condición tan particular que un Movimiento Italiano denominado *CITTASLOW*, le confirió al municipio el premio CIUDAD SIN PRISA.

Pijao es un pueblo de montaña único, congelado en el tiempo. En la plaza revolotean varias decenas de garzas blancas que llegan desde Canadá huyendo del invierno. Sus pobladores pasan el tiempo en cafés, cantinas con partidas de dominó, póker, o ajedrez; los niños juegan, los adultos mayores descansan, por sus calles angostas la gente camina despacio, como contando los pasos, otros se asoman desprevenidos a los balcones de colores llenos de helechos y flores.

13.1.4 Economía

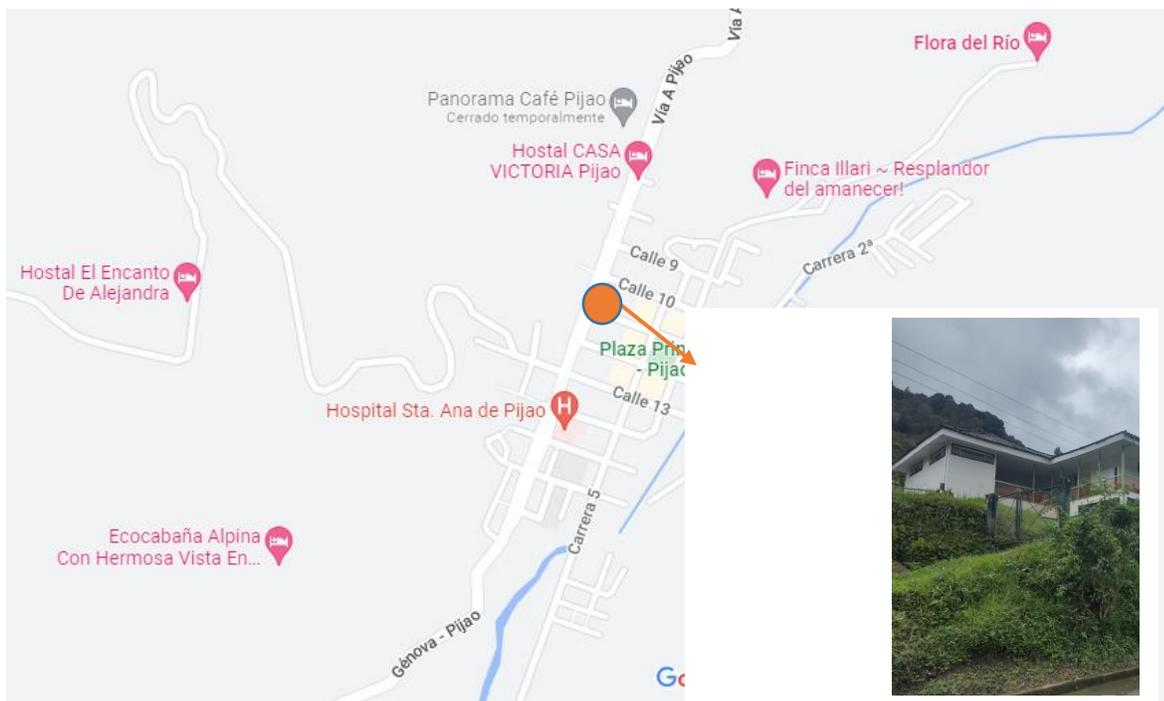
La agricultura se mantiene como base de la economía del municipio de Pijao luego de rechazar la megaminería en la región; especialmente café, caña de azúcar, lulo, mora y pan es lo que se cultiva, y en los últimos años se ha impulsado el turismo como nuevo renglón económico para el desarrollo y crecimiento local.

13.2 Institucional (CBA “PIJAO TARAPACÁ”)

Ubicación

El centro de bienestar “Pijao Tarapacá” se encuentra ubicado en la carrera 2 vía barrio paraíso en el municipio de Pijao, Quindío.

Figura 21 *Ubicación centro de bienestar, Pijao Tarapacá*



Historia

El centro de bienestar al adulto mayor “Pijao Tarapacá” es un lugar donado en 1983 por la corporación club de leones “Pijao Tarapacá”, de ahí su nombre, en el año 1996 fue cedido al municipio para albergar y brindar una atención a los adultos mayores residentes del municipio, aunque al pasar los años la población en mención ha ido cambiando, atendiendo a los adultos mayores en situación de pobreza extrema, falta de redes familiares o abandono en la actualidad, y a partir del año 1996, es un centro que beneficia y presta atención integral a 15 adultos mayores, quienes en su mayoría se encuentran en estado de des-protección social y vulnerabilidad, con los servicios que allí se ofrecen se trata de mejorar su calidad de vida y generar en los adultos mayores un óptimo estado de bienestar. En el centro se cuenta con talento humano contratado para atender las necesidades de los adultos mayores institucionalizados, este talento humano es: 2 auxiliares de enfermería, 1 manipuladora de alimentos, 1 auxiliar de oficios varios y 1

coordinadora. Además de manera esporádica se encuentran integradas 2 auxiliares de enfermería más por si algo extraordinario pasa.

Economía

Los recursos que generan la atención integral de los adultos mayores son provenientes del recaudo de la estampilla para el bienestar de los adultos mayores, la cual se recauda a nivel departamental y municipal sin dejar de lado, apoyos, gestiones o donaciones de personas que se vinculan para ayudar a la población.

Social

Al centro acuden diferentes profesionales que se vinculan a la atención integral como educadores físicos, psicólogos, trabajadores sociales, y apoyo pedagógico de la casa de la cultura y del programa de gerontología de la universidad del Quindío, realizando actividades de ocupación del tiempo libre entre las cuales están las intervenciones de Indeportes y Sena.

Misión del CBA

Brindar a los adultos mayores del CBA “Pijao Tarapacá” calidad de vida a través del servicio de alojamiento, alimentación, aseo, acompañamiento profesional, atención médica, actividades recreativas, celebraciones de fechas especiales, permitiéndoles mantenerse en las mejores condiciones de salud físicas, mentales y emocionales posibles, contando con la colaboración de un equipo humano profesional con alta responsabilidad.

Visión del CBA

El centro de bienestar al adulto mayor “Pijao Tarapacá” será reconocido como una institución líder, especializada en ofrecer mejores servicios dirigidos al cuidado y atención al

SESIÓN GRUPAL 3

Estilos de
vida saludable

SESIÓN
EDUCATIVA

Factores de
riesgo dañinos a la salud

INTERVENCIÓN
INDIVIDUAL 3

Construcción
de poderes vitales

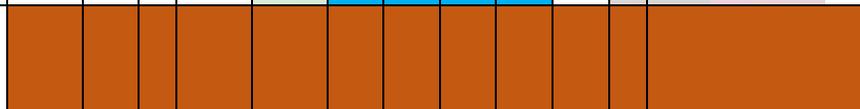
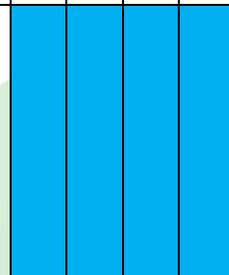
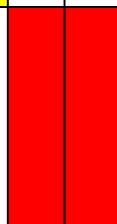
Capacitación
de talento humano
TEMA:
ATENCIÓN CENTRADA EN
LA PERSONA

Jornada
educativa talento humano
TEMA:
Intercambio de saberes

CURSO
ATENCIÓN EN SALUD
PARA LAS PERSONAS
MAYORES (NIVEL
BÁSICO).

Celebración
de cumpleaños

FORMULARIO



En este apartado de la presentación del proyecto se tienen en cuenta los cambios que se espera realizar con la intervención gerontológica en el centro de bienestar al adulto mayor “Pijao Tarapacá” dando cumplimiento a los objetivos y de esta manera dejando evidencia de cada aspecto intervenido.

Productos

- Carpetas gerontológicas debidamente implementadas y actualizadas.
- Planes de atención integral personalizados para cada adulto mayor
- Formato de consentimiento informado y ficha gerontológica.
- Protocolo de ingreso gerontológico.
- Protocolo de pérdidas.
- Manual de derechos y deberes.
- Video
- Cronograma de celebraciones importantes que permitan acercamientos y fortalecimiento de vínculos.

Resultados esperados

- Actualización y cualificación del personal en la atención y cuidados al adulto mayor.
 - Evidencias de capacitación al talento humano.
 - Señalizaciones de apoyo en el centro de bienestar.
-
- EVALUACIÓN (criterios e indicadores)

Criterios

-Talleres evaluativos que evidencien lo aprendido por el talento humano en el cumplimiento de los objetivos.

-Evaluaciones de seguimiento a cada adulto mayor a través de los instrumentos.

Indicadores

-Indicadores de participación en cada actividad del plan de acción.

-Encuesta de satisfacción por parte de todos los actores de la pasantía.

SEGUNDA PARTE:

15. Ejecución

16. Desarrollo

Teniendo en cuenta el diagnóstico realizado en el Centro de Bienestar “Pijao Tarapacá” y la sustentación teórica incluida en el trabajo anteriormente considerada necesaria para el trabajo de campo a realizar en la intervención teniendo en cuenta el diagnóstico y a sustentación teórica. Para la descripción de esto se mencionarán los 3 objetivos específicos, ratificando de esta manera el cumplimiento de los mismos por medio de las actividades realizadas, que a su vez permitirá ver reflejados aprendizajes y hallazgos encontrados en la comunidad a intervenir, teniendo en cuenta que se basó en los objetivos específicos se sustentara el objetivo general con el fin de darle cumplimiento a este. También es importante resaltar que para evidencia de la realización del plan de acción se agregaron fotografías en los anexos.

El objetivo general menciona de manera amplia cual es el resultado esperado con esta intervención en los ámbitos a abordar que en este caso es “Implementar un modelo de atención con un enfoque gerontológico que permita contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y el grado de satisfacción de los adultos mayores en el centro de atención al Adulto Mayor “Pijao Tarapacá”; el cual se encuentra apoyado por los objetivos específicos que fueron intervenidos de la siguiente manera:

Primer Objetivo Específico: Contribuir a mejorar la atención integral de la población adulta mayor del centro de atención al Adulto Mayor “Pijao Tarapacá” que permita disminuir las deficiencias físicas, psicológicas y sociales, para el cumplimiento de este objetivo se plantearon las siguientes actividades:

Actividad 1: Presentación

A partir del 26 de Septiembre de 2022 se inició la ejecución de la propuesta de pasantía en el CBA “Pijao Tarapacá”, donde debido a las actividades de reconocimiento de contexto realizadas en el semestre anterior ya tenían conocimiento de la presencia gerontológica en el CBA, sin embargo desconocían la finalidad de la misma, por lo tanto se realizó con todos los actores que harían parte de esta ejecución; en esta presentación estuvieron presentes los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados que hacen parte del centro, el talento humano que labora y ejerce presencia en el día a día del CBA y la coordinadora.

Se inició la socialización de las actividades a realizar, además de poner a disposición la presencia gerontológica para cualquier situación donde esta pudiera ser útil. Luego de manera conjunta con la coordinadora y encargada del CBA, determinamos horarios que permitieran cumplir con las respectivas funciones y de esta manera también realizar cumplimiento a cada una de las actividades propuestas en el planteamiento de la pasantía además de los acuerdos acerca de apoyos para materiales y demás.

Horario del gerontólogo

**Lunes, Miércoles, Jueves y Viernes (Presencia en el CBA) JORNADA
COMPLETA**
Martes TRABAJO Y FORMULACIÓN DESDE CASA

Actividad 2: Historias de Vida

El día martes 27 de septiembre se inició el día con el acompañamiento al desayuno a las 8 de la mañana ya que este momento para los adultos mayores es parte importante de su día a día. Seguido a esto se socializó la actividad a realizar ese día y la intencionalidad de la misma. Se realizaron las historias de vida de cada adulto mayor, actividad que tenía como objetivo conocer la trayectoria vital y las experiencias vividas, su abordaje fue de manera individual y a través de la escucha y tratando de conseguir una conversación donde se les permitiera hablar además de sus gustos e intereses; para esta actividad se formuló una batería de preguntas que les permitiera

recordar de manera concreta momentos vividos a lo largo de su vida, mientras tanto se fue registrando en un formato todo lo contado por los adultos mayores de una manera ordenada.

Figura 23 Preguntas Historia de vida

PREGUNTAS HISTORIA DE VIDA

¿Dónde nació?

¿Cuánto tiempo estuvo en el lugar de nacimiento?

Recuerdo de la infancia inmediata, número de personas, número de hermanos, oficios de la madre, el padre, costumbres y hábitos de éstos.

¿A qué edad comenzó la escuela?

¿Qué hacía en su juventud? escuela, trabajos, juegos, amistades.

¿Cuándo comenzó a ganar dinero, como?

Si es hombre, ¿Prestó servicio militar?

¿Cuándo conoció a su esposa (o)? - ¿De dónde es originaria?

Descripción de las comidas. Tipo de cocina: leña, gas, otros combustibles Bebidas: café, jugos, agua, alcohol, cantidades. Platos preferidos.

¿Tuvo hijos? ¿Cuántos?

¿Profesa alguna religión? cuál, por que.

Comida favorita

Género musical favorito

Esta actividad contó con la participación de 13 de los adultos mayores institucionalizados en el CBA “Pijao Tarapacá” y tuvo una duración de 10 horas las cuales fueron divididas en 2 días (27 de septiembre y 28 de septiembre), teniendo en cuenta que no se limitó el tiempo de escucha a cada adulto mayor y la disponibilidad de los mismos.

Mediante esta actividad se logró conocer las características propias de cada adulto mayor identificando posibles vínculos existentes entre adultos mayores debido a la similitud de su trayectoria de vida, y a su vez tener en cuenta dichas experiencias y relatos en la formulación de actividades de estimulación, donde se implemente la atención centrada en la persona. Por otra parte, según lo manifestaron los adultos mayores, la escucha es la mejor manera de hacerlos sentir partícipes y presentes en el desarrollo y procesos del CBA.

Figura 24 *Ejemplo historia de vida*

EDGAR HUMBERTO DIAZ

Nació el 10 de diciembre 1933 en el Tambo, Cauca fruto del amor de la señora Ersilia Díaz y el señor Urriano Caicedo. La madre murió cuando tenía 15 días de nacido y fue criado por un tío llamado Benicio Díaz por el cual manifiesta fue maltratado, sufría mucho, no le daban ropa ni cobija ni cama.

A los 9 años se voló de la casa, y llegó a Sevilla, valle en 1942, un viernes a las 6 de la tarde con 3 centavos que le dio un chofer; pedía comida en los restaurantes, y pidió posada en uno de ellos. Dice que en ese tiempo no había maldad.

En ese tiempo no se usaban pantaloncillos ni calzones.

Sufrió mucho en su infancia, nunca supo que era jugar con amiguitos

En Sevilla encontró un señor llamado Francisco, que le dio comida, ropa, toalla y cosas de aseo y se lo llevo para una finca donde la esposa, Doña Elvia, andaba a caballo. El señor tenía 2 niñas. En ese tiempo no había luz.

No estudio, aprendió a contar trabajando y no sabe leer

Su primer trabajo fue ordeñar y cuidar la casa, entrar la leña para cocinar. Y en la casa donde lo acogieron aprendió a jugar, columpios, lleva y escondite. Y se quedó en esa casa hasta que cumplió 18 años. En ese momento regreso a su pueblo a sacar la libreta militar y la cedula.

Estuvo trabajando en veredas del Cauca, Valle y Quindío, en el municipio de Pijao lleva 47 años.

Tuvo mujer 14 años llamada Martha Morales, y una niña llamada Olga Liliana Díaz que se le perdió en el terremoto.

Fue muy tomador, le gustaba tomar cerveza, ron y dejó de tomar cuando se enfermó y empezó tomar medicamentos.

Su retiro laboral fue hace 4 años a los 85 años, y hace exactamente ese tiempo se encuentra dentro del centro de bienestar, gracias a 2 señoras del pueblo que le facilitaron el proceso.

Con respecto a los gustos y preferencias

Fuma hace 77 años, y ahora trata de controlarlo con 2 cigarrillos en el día.

Su comida favorita es el Sancocho de carne, no le gusta el arroz

Escucha música rancheras, oscar Agudelo, Vicente fernandez, Antonio Aguilar.

Actividad 3: Valoración Funcional Multidimensional

Esta actividad se realizó en el periodo de diagnóstico y formulación de la pasantía en el mes de abril de 2022 y a su vez y con el objetivo de realizar seguimiento a la situación multidimensional actual de los adultos mayores del Centro de Bienestar “Pijao Tarapacá” que identificará el impacto de la intervención se realizaron nuevamente las valoraciones para el seguimiento de las condiciones funcionales multidimensionales de los adultos en el inicio del

mes de noviembre de 2022. Cada dimensión (Física, psicológica, emocional y social) se evalúa mediante los instrumentos Barthel, Lawton y Brody, Pfeiffer, Yesavage, y OARS.

Para esta actividad se utilizaron impresiones de cada instrumento que luego se anexaron a la carpeta gerontológica de cada adulto mayor, con su respectivos puntajes y definiciones.

Para esta actividad participaron 13 adultos mayores del CBA, y teniendo en cuenta que era la segunda vez que se realizaba, se obtuvo una respuesta positiva por parte de los adultos, algunos de ellos que en esta oportunidad comprendieron mejor la importancia de la misma.

Actividad 4: actualización de Carpetas gerontológicas y Valoración a los adultos mayores nuevos

El día 29 y 30 de Septiembre con la colaboración de la coordinadora Yaneth Toro se realizó la revisión de las carpetas gerontológicas con el objetivo de completar información faltante de las fichas gerontológicas, y determinar que adultos mayores faltaban por el proceso de Consentimiento informado-Ficha Gerontológica-Valoraciones, para la realización de las mismas en estas fechas y garantizar que dichas carpetas se encontraran con la información actualizada durante estos días se realizaron 2 valoraciones a los adultos mayores que al momento no contaban con la misma.

El día 24 de octubre se realizó el respectivo recibimiento e ingreso a un adulto mayor nuevo por lo tanto también realizamos el proceso de Consentimiento informado-Ficha Gerontológica-Valoraciones, además del acompañamiento y presentación de las instalaciones, talento humano y demás adultos mayores.

Actividad 5: Intervención Grupal “Hábitos de vida saludable”

Este tema se trabajó el día 28 de octubre, el cual tenía como objetivo generar conciencia acerca de los estilos de vida saludable y la importancia de implementar los mismos en sus propias vidas.

Esta intervención se realizó mediante un conversatorio apoyado por diapositivas en las cuales se compartían definiciones, capsulas informativas, recomendaciones, además de escuchar a los adultos mayores interpretar la información compartida; también se realizaron actividades socioeducativas acerca de la alimentación saludable y la importancia de la misma.

Para el desarrollo de esta actividad se citaron los adultos mayores a las 9 de la mañana y participaron de manera conjunta los adultos mayores institucionalizados que son la población objeto en la intervención y los adultos mayores externos, para un total de 30 adultos mayores.

El resultado de la participación en la actividad fue muy positivo por parte de los adultos mayores descubriendo que los adultos mayores tuvieron una participación activa recibiendo la información.

Figura 25 *Intervención grupal “Hábitos de vida saludable”*



Actividad 6: Uso adecuado del tiempo libre

El día 20 de octubre de 2022 se realizó una intervención grupal acerca del uso adecuado del tiempo libre, tema planteado por los adultos mayores, con la intención de motivarlos a realizar actividades beneficiosas 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 no reconocer las actividades productivas para la utilización de su tiempo libre. En esta intervención los adultos mayores manifestaron sus gustos y de esta manera se buscaron en conjunto buscar estrategias que pudieran disfrutar.

Figura 26 *Uso adecuado del tiempo libre*



Actividad 7: Entrenamiento Cognitivo

En el transcurso de la intervención gerontológica en el CBA “Pijao Tarapacá” que inicio el día 26 de Septiembre y terminó el día 10 de noviembre se realizaron intervenciones relacionadas con el ámbito cognitivo (atención, memoria, orientación, funciones ejecutivas), teniendo en cuenta las necesidades presentadas en el diagnóstico para el mantenimiento y rehabilitación de sus capacidades, para estas actividades se tuvieron en cuenta las capacidades visuales y el nivel de estudio de cada adulto.

Algunas de estas actividades fueron:

Entrenamiento Cognitivo “Atención”

El objetivo de esta actividad fue estimular, recuperar y conservar capacidades, habilidades y destrezas afectadas que pueden limitar la independencia y la posibilidad de realizar actividades. Se utilizaron fotocopias a color y colores, actividades que trabajaran todos los tipos de atención, diferenciando estímulos.

A esta actividad que se realizó de manera individual participaron 13 adultos mayores, y al ser la primera de las actividades, sirvió para identificar aspectos en los cuales los adultos tienen facilidad y dificultad en su ejecución.

En estas actividades se incluyeron objetos de la vida cotidiana que logran reconocer y entender la finalidad de trabajar cada tipo de atención.

Entrenamiento Cognitivo “Memoria”

El objetivo de esta actividad Mantener activos/as a los adultos mayores a nivel cognitivo, social, sensorial, motriz y funcional. Evitar situaciones de aislamiento y pasividad.

Las estrategias que se utilizaron para la estimulación de la memoria fueron, juego de parejas donde los adultos mayores buscaban las fichas, las frutas, los colores iguales, reminiscencias estimulando la evocación del recuerdo y sucesos del pasado, la atención, la memoria y el lenguaje con la finalidad de conseguir fortalecer y consolidar la propia identidad de cada uno, rompecabezas, activación de los sentidos, de esta manera los adultos mayores asociaban la información suministrada en cada actividad con las experiencias vividas en el pasado y su alrededor.

Para esta actividad se contó con la participación activa de los 15 adultos mayores institucionalizados que mantuvieron buena actitud y disposición durante todos los momentos.

Figura 27 *Entrenamiento cognitivo Memoria*



Entrenamiento Cognitivo “Orientación”

Teniendo en cuenta que este es uno de los aspectos que más afecta a los adultos mayores del centro de bienestar “Pijao Tarapacá”, fue de la misma manera el más trabajado durante la intervención realizada a los adultos mayores con el objetivo de favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible, permitiendo mantener un vínculo con su realidad.

Se realizaron 14 talleres y cada uno fue enfocado en cada una de las orientaciones (personal, temporal y espacial), utilizando relojes impresos o reales para que de esta manera los adultos mayores día a día volvieran a interesarse por este aspecto, calendarios, fechas especiales que permitieran formular preguntas acerca del día a día, conversaciones acerca de las noticias, cuidado personal.

Todos los adultos mayores del CBA se incluyeron en la intervención gerontológica, recibiendo de manera positiva la información suministrada, Por otra parte, según manifestaron los mismos beneficiarios, estimular estos tipos de orientación son muy importantes para su proceso de envejecimiento ya que los ayuda para poder enfrentar un desafío, sin duda vital, como lo es el mantenimiento de su autonomía e independencia.

Además de estos temas también se realizó entrenamiento cognitivo en una menor intensidad en otras áreas como el lenguaje, y las habilidades visoespaciales.

Figura 28 *Entrenamiento cognitivo Orientación*



Con respecto al objetivo número dos **“Promover la formación y capacitación de los recursos humanos prestadores de servicio en la institución para que garanticen calidad de vida a los adultos mayores y cada día se cualifiquen en la atención al adulto mayor”** y teniendo en cuenta las necesidades presentadas en el centro manifestadas por los mismos adultos mayores, se plantearon una serie de intervenciones con el talento humano vinculado en la institución hasta el momento. para el cumplimiento de este objetivo se formularon y realizaron las siguientes intervenciones:

Actividad 1: Taller sobre Empatía

El objetivo de esta actividad fue informar acerca de la empatía para de esta manera reflejar este aspecto en la atención.

Para esta intervención fue citado el recurso humano prestador de servicios en el CBA y que está compuesto por 2 auxiliares de enfermería, 1 manipuladora de alimentos, 1 persona

encargada del aseo que a su vez y su coordinadora que como jefe de este grupo siempre se encontró a disposición de las intervenciones-

La actividad se realizó el día 14 de octubre a las 2 de la tarde y tuvo una duración de 3 horas, en las cuales se realizó una actividad de reflexión previa al tema a través de imágenes y lectura, seguido a esto y con una preparación se realizó la presentación por medio de diapositivas en las cuales se compartió definiciones, ventajas, desventajas, pautas, para seguido a esto y de manera más específica hablar de la importancia de la empatía en la atención al adulto mayor, seguido a esto y terminando la presentación se compartió un video protagonizado por adultos mayores donde desde su experiencia muestran como quieren ser tratados los adultos mayores institucionalizados, con este video se logró primero identificar aspectos positivos y también falencias y vacíos en la atención que fueron dejados en la reflexión, como parte final de esta intervención se realizó una reflexión individual en la que el recurso humano manifestaba como les gustaría ser tratados en la vejez y autoanalizar cuales eran los errores individuales en su atención a los adultos mayores y de qué manera estarían dispuestos a modificarlo.

En general la actividad se realizó sin inconvenientes y todos los participantes mantuvieron excelente disposición y una escucha activa y participativa en el taller.

Figura 29 Taller sobre empatía

TALLER EMPATIA

Este taller se realiza con la intencionalidad de generar conciencia entre el recurso humano que presta sus servicios en el Centro de Bienestar "Pijao Tarapacá".

Responder:

- ¿Cómo te gustaría ser tratado? Me gusta que me traten con Respeto, con Amor, con aprecio y que respeten mis cosas
- ¿Con quién desearías vivir y por qué? Siempre Me gustaria V.Vir Con mi Familia
- ¿Dónde desearías vivir? Me encantana vivir En mi Casa donde Se me respete mi Entorno
- ¿Te gustaría vivir en un CBA? SI NO
¿Por qué? Me Parece que Son lugares donde Se Sufr. mucho. Pero Pienso que Si Se llega a este lugar. es Por Actos. De la Vida
- Asumiendo que ya eres adulto mayor; ¿Qué te gustaría hacer durante el día? Me gustano Compartir Con mi Familia y hacer lo que más me gusta. que es Pasear.
- ¿Qué cosas cambiarías para hacer más feliz a un adulto mayor? Siempre he tratado de hacer lo Mejor. Sería Mas Paciencia.

Actividad 2: Socialización del modelo atención centrada en la persona

La actividad se realizó el día 24 de octubre y tuvo como objetivo dar a conocer un enfoque en el que se pueda orientar la atención

Definición de atención centrada en la persona

Historia de la atención centrada en la persona

Beneficios de la atención centrada en la persona

Principios de la ACP

Decálogo de la ACP

¿Cómo llevarla a la práctica?

Tips en el cuidado personal aplicando la ACP

Seguido a esto compartimos un video que explicaba de manera más dinámica la importancia de la atención centrada en la persona, para luego despejar dudas acerca del tema, y de manera evaluativa se hizo una retroalimentación entre todas las participantes para asegurarnos que el tema quedara entendido.

Es importante resaltar que al realizar esta actividad el talento humano mostró un alto nivel de participación a diferencia de la primera actividad realizada puesto que ven este tema como un aspecto bastante importante y que vale la pena fortalecer en su lugar de trabajo, así fue como lo manifestaron algunos participantes.

En lo que respecta, el objetivo número 3 que dice “Aplicar estrategias de promoción, prevención fomentando la independencia en las actividades de la vida diaria que les permitan a los adultos mayores una integración activa”

Figura 30 *Socialización del modelo de atención centrado en la persona*



Actividad 4: Formulación protocolo en caso de Extravío de un adulto mayor

Esta actividad se realizó en 3 sesiones, los días 4, 7 y 10 de octubre, en las cuales y en compañía de la coordinadora Yaneth Toro se formuló el protocolo de extravío, para de esta manera tener unos lineamientos en caso de que algún adulto mayor se pierda.

El primer día de reunión se determinaron los temas que iban a componer dicho protocolo y los siguientes, también iniciamos con la determinación del objetivo que iba a sustentar dicho protocolo.

En el segundo día de reunión, se formularon:

- Descripción
- Definiciones
- Principios que se ven reflejados en el protocolo
- Objetivos (General y Específicos)
- Población Objeto
- Población que interviene
- Adultos mayores potencialmente en riesgo
- Acciones en el cuidado y supervisión del adulto mayor

En el tercer día se definió los lineamientos y acciones a seguir de acuerdo al protocolo dividiéndolo en 2 momentos:

- Pérdida o fuga en días festivos, domingos o en ausencia de atención de la coordinadora y la administración
- Pérdida o fuga en días ordinarios y de atención y funcionamiento de la administración

Además, nos pareció muy importante implementar un formato de registro de eventos adversos y fugas, que fue de construcción propia.

Actividad 5: Formulación protocolo de Ingreso

La realización de este protocolo se basó en una necesidad del CBA de acuerdo a los requerimientos de la secretaria de salud del departamento que en sus visitas sugirió implementarlo en el CBA.

De manera inicial se programó una reunión el día 13 de octubre entre la directora y la gerontóloga para encontrar el orden de construcción que tendría, el objetivo y la descripción del mismo.

En el segundo encuentro el día 19 de octubre ya se tenía lista la estructura completa del protocolo y se realizó la presentación de dicha propuesta a la coordinadora, en la cual se determinaron los puntos que se debían reformar o en su defecto suprimir de dicho protocolo, dejando como producto final un protocolo personalizado al CBA que pondría en orden los ingresos de los adultos mayores.

De manera personal esta actividad fue muy gratificante, ya que me permitió terminar de conocer y poner en contexto acerca del comportamiento del CBA y el impacto que una intervención por parte de un profesional en gerontología demarca.

Dicho protocolo se encontró compuesto de los siguientes puntos:

- Descripción
- Definiciones
- Principios
- Población objeto
- Objetivos
- Desarrollo: Antes del ingreso, Después del Ingreso, Proceso de adaptación

Actividad 6: Formulación protocolo de traslado a atención en salud

El objetivo de esta actividad y del protocolo mismo estuvo basando en brindar lineamientos de acción cuando los adultos mayores institucionalizados en el CBA “Pijao Tarapacá” requirieran traslado a los servicios médicos y servicios de urgencias.

Se realizó el día 21 de octubre a las 2 de la tarde para conocer la idea de la formulación y como se estaba llevando a cabo el proceso hasta ese momento, con esta información y teniendo en cuenta la estructura de los anteriores protocolos, se procedió a la formulación del mismo en esa misma semana para la posterior presentación el día 27 de octubre.

Este protocolo tuvo la participación de las auxiliares de enfermería, la coordinadora y la pasante de gerontología, triangulando opiniones y decisiones.

La estructura de este protocolo se compone de:

- Descripción
- Definiciones
- Principios
- Población
- Objetivos
- Traslado del adulto mayor en ambulancia
- traslado del adulto mayor en particular
- Numeros de emergencia (Municipio de Pijao y Quindío).

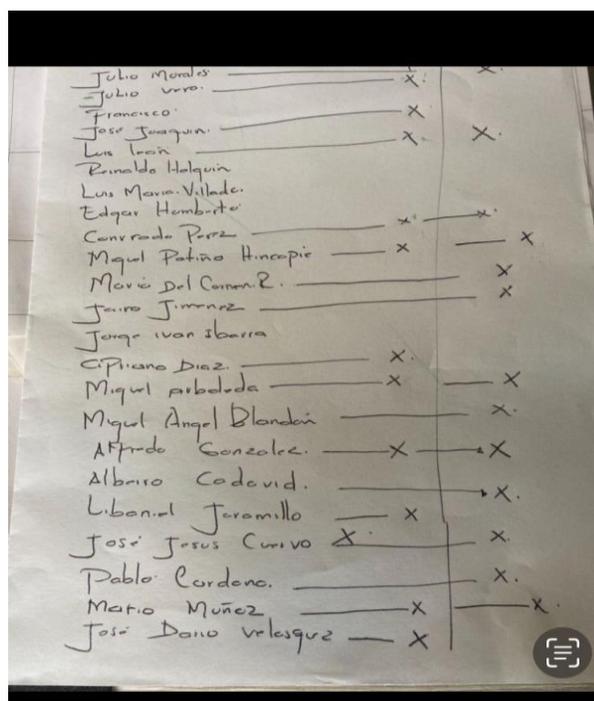
Actividad 8: Revisión y Gestión esquemas de vacunación

Para esta actividad se contó con la colaboración de la encargada de vacunación del municipio. Se realizó la revisión de los esquemas de vacunación de los adultos mayores institucionalizados y externos que sumaban en total 35 adultos mayores.

La metodología con que se logró el objetivo radica en el cruce de información de la base de datos del CBA “Pijao Tarapacá” y la página del ministerio de salud y protección social en la cual se cargan cada dosis de vacunación.

En el caso de los adultos mayores las vacunas revisadas fueron: Covid-19 (sus 4 dosis) y Influenza, en los casos donde los adultos mayores no contaban con el esquema completo y al día, se remitía la información a la encargada de vacunación del municipio que de manera inmediata iniciaba las búsquedas necesarias para ubicar disponibilidad de vacunas.

Figura 31 *Revisión esquemas de vacunación*



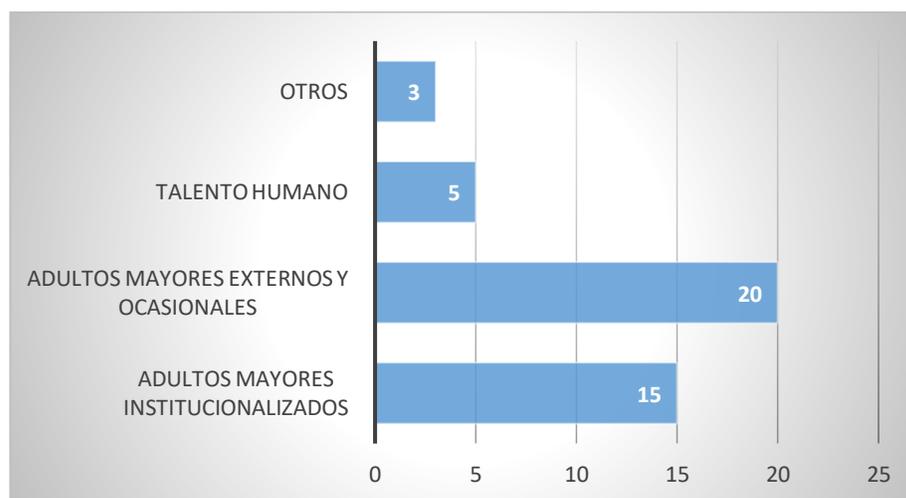
Julio Morales	X	X
Julio Vero	X	
Francisco	X	
José Joaquín	X	X
Luis León	X	
Rinaldo Holguín		
Luis María Villada		
Edgar Homberto	X	X
Conrado Pérez	X	X
Miguel Patiño Hincapié	X	
Mario del Carmen		X
Jairo Jimenez		X
Jorge Ivan Ibarra		
Cipriano Díaz	X	
Miguel Arbaladea	X	X
Miguel Ángel Blandin		X
Alfredo González	X	X
Albino Cedevid		X
Libanél Jaramillo	X	
José Jesús Curvo	X	X
Pablo Cardona		X
Mario Muñoz	X	X
José Danilo Velásquez	X	

17. Resultados Y Analisis De Los Resultados

En esta pasantía se llevaron a cabo alrededor de 30 intervenciones en las que los adultos mayores era los participantes principales, las cuales fueron realizadas mediante diferentes modalidades como lo fueron intervenciones individuales, intervenciones grupales, intervenciones por grupos de preferencia, formulación de protocolos, actualización de carpetas gerontológicas y documentos afines a las mismas, teniendo en cuenta que cada intervención y su objetivo se encontraba intencionado en el cumplimiento de los objetivos específicos de esta propuesta de pasantía.

La población atendida durante este segundo periodo de pasantía fue de 15 adultos mayores de manera constante y directa, 20 adultos mayores de manera ocasional, 5 personas del talento humano que labora en el CBA, 3 personas que recibieron colaboración asistencial y administrativa, para un total de 43 personas a las cuales se les realizó intervención gerontológica.

Figura 32 *Modelo de atención de la población adulta*



17.1 Objetivo 1: Contribuir a mejorar la atención integral oportuna y eficaz a la población adulta mayor del centro de atención al Adulto Mayor “Pijao Tarapacá” que permita disminuir las deficiencias físicas, cognitivas-emocionales y sociales

Se brindó una atención integral a los 15 adultos mayores institucionalizados en el CBA “Pijao Tarapacá”, además de realizar intervenciones grupales en las cuales fueron incluidos los 20 adultos mayores externos que asisten al CBA únicamente a recibir sus alimentos considerando pertinente para la administración incluirlos en algunas actividades de estilos de vida saludable con la finalidad de modificar conductas y mejorar condiciones de vida, en los primeros momentos y de acuerdo a la actividad de caracterización realizada en el semestre anterior 2022-1 se realizó la actualización de carpetas gerontológicas en las cuales se encuentran incluidos: Consentimiento informado, ficha gerontológica que a su vez completa la información socioeconómica de cada adulto mayor, valoración funcional multidimensional y sus respectivos conceptos, además de la construcción de recomendaciones individuales que fuera convirtiendo la atención en personalizada y centrada en la persona.

Atención centrada en la persona

Es entendida como un modelo de atención que busca y prioriza la calidad de los adultos mayores que requieren atención teniendo en cuenta que las necesidades, gustos e intereses de todos no son iguales, debido a que cada historia se encuentra construida por experiencias y sucesos diferentes, por lo tanto, este tipo de atención favorece las condiciones requeridas por cada adulto mayor para que su calidad de vida no se vea afectada, ni sus derechos vulnerados, lo que a su vez promueve el mantenimiento de su autonomía, independencia y participación social activa dentro de sus redes.

La intervención gerontológica en el CBA “Pijao Tarapacá” se realizó basada en este enfoque viéndose reflejada durante la totalidad de esta en: Inicialmente la realización de las historias de vida de los adultos mayores mediante las cuales dan a conocer su trayectoria y experiencias a lo largo de su vida siendo la biografía *la razón esencial de nuestra singularidad* (Decálogo del modelo de atención centrada en la persona, s.f) y un aspecto determinante en sus decisiones actuales.

En la valoración funcional multidimensional que se llevó a cabo mediante 5 instrumentos (Pfeiffer, Yesavage, OARS, Lawton y Brody, Barthel) que comprendían la valoración de cada dimensión (físico, mental, social y emocional) y que partiendo de esta se construye el plan de intervención y las recomendaciones necesarias para una atención y seguimiento individual. Martínez (2014) menciona que cuidar a las personas mayores implica dar respuesta a muchas cosas. No sólo consiste en ofrecer una serie de servicios o atenciones. Se trata de facilitar apoyos y nuevas oportunidades de vida, de la mejor vida posible para cada persona, con el objetivo de no homogenizar la atención sino por el contrario individualizarla y brindar una atención en relación a la vida de cada persona.

Resultados y comparativo de la valoración funcional multidimensional

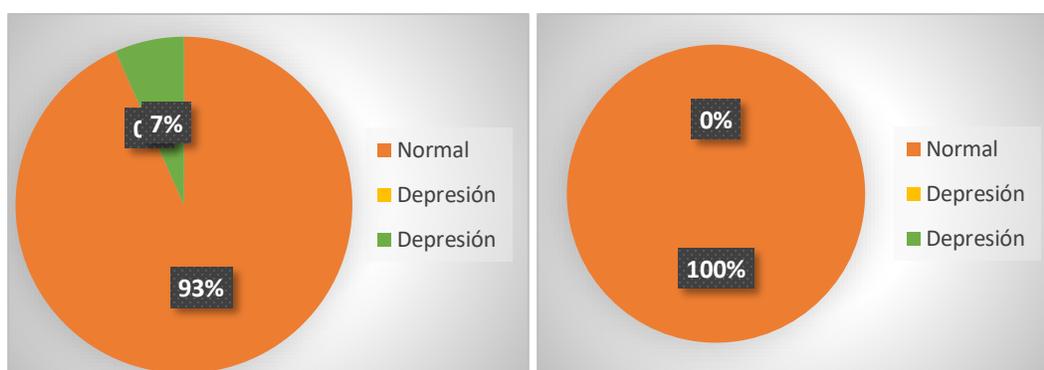
Esta actividad se realizó 2 veces, al inicio de la intervención en el momento del diagnóstico y al final con el objetivo de visualizar el impacto de la intervención y los cambios que tuvo el desarrollo de la misma en los adultos mayores.

Esta valoración se le realizó a los 15 adultos mayores con los que cuenta el CBA “Pijao Tarapacá”, con los instrumentos anteriormente mencionados:

Dimensión Emocional

Esta dimensión fue evaluada a través del instrumento de Yesavage, escala que permite realizar un tamizaje a la depresión a los adultos mayores, los resultados de los 2 momentos con respecto a esta dimensión e instrumento fueron:

Figura 33 *Dimensión emocional*



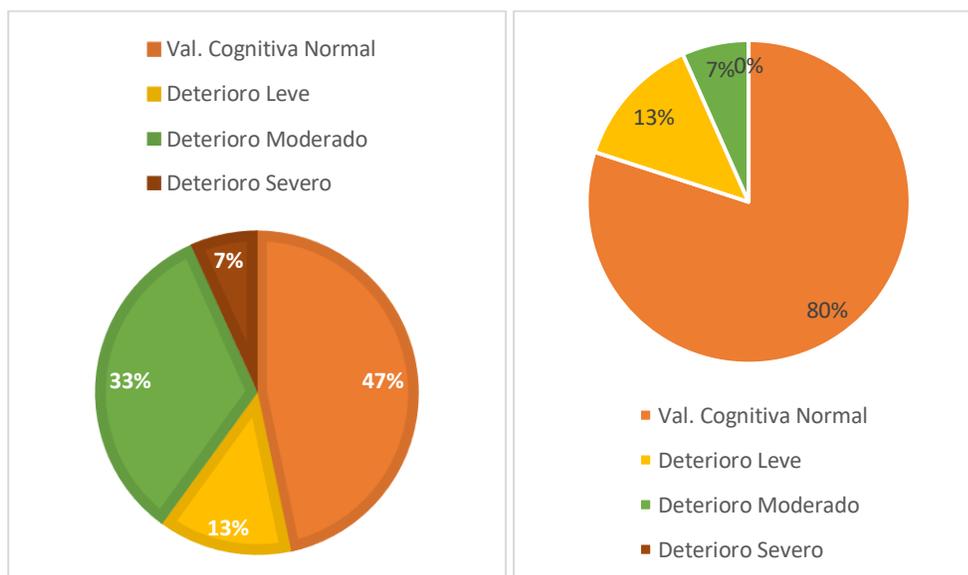
En lo que respecta a la depresión y los resultados de la misma inicialmente se encontró que el 7% de la población presente síntomas depresivos leves, identificando que los mismos se presentaban debido a la falta de acompañamiento y los niveles de dependencia que presentaban, y el resultado final a diferencia del inicial presento que el 100% de los adultos mayores presentan unos resultados normales, lo que indica que los adultos mayores en su institucionalización y por medio de la intervención no solo a ellos como adultos mayores sino también al talento humano que finalmente son el apoyo constante de ellos obtuvo resultados positivos en esta dimensión logrando actitudes favorables en las relaciones sociales y personales, generando sentimientos de ilusión y felicidad con sentido a su vida, no solo modificando los resultados que reflejaban

presencia de síntomas depresivos leves, sino también elevando los niveles de satisfacción con su propia vida de los que se encontraban con resultados normales y sin síntomas de depresión.

Dimensión mental/Cognitiva

Esta dimensión fue valorada a través del instrumento cuestionario de Pfeiffer, el cual nos permite lograr la identificación del nivel cognitivo de cada adulto mayor desde cada uno de los criterios que permite evaluar como lo es: memoria, orientación temporal y espacial, evocación, concentración, calculo, todos estos aspectos son importantes y se deben tener en cuenta con especial atención en el momento de las intervenciones.

Figura 34 *Dimensión mental/cognitiva*



De acuerdo a la valoración inicial el 53% de los adultos mayores presentaban algún nivel de deterioro (leve, moderado, severo), y el 47% de ellos se encontraban con una valoración cognitiva normal, pero que analizando dichos resultados lograba ser normal con valores muy mínimos en su mayoría, estos resultados se debían a que los adultos mayores se encontraban

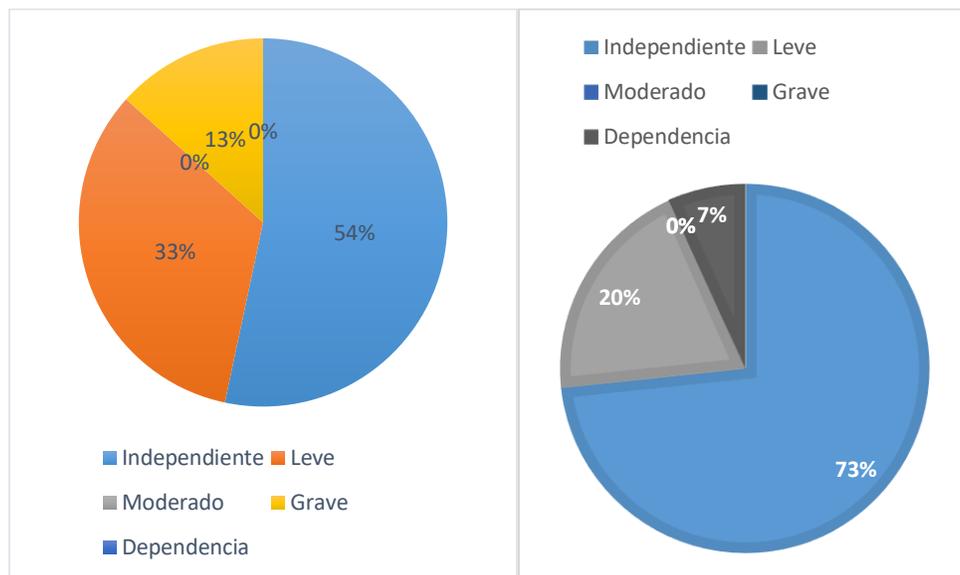
desorientados en tiempo y espacio en su totalidad, con problemas de pérdida de memoria y de atención, por lo tanto fueron los aspectos que se fortalecieron de manera intensiva en las intervenciones de entrenamiento cognitivo. En la valoración final los resultados aumentaron sus resultados, por lo tanto, se logró que ningún adulto mayor se encontrara con un resultado que reflejara deterioro severo, por lo tanto los resultados en esta evaluación final reflejaron que el 80% de los adultos mayores presentaban valoración cognitiva normal y en la misma se aumentaron los valores, además de disminuir el porcentaje de adultos mayores con algún nivel de deterioro a 20%, lo que indica que la estimulación cognitiva y acompañamiento tuvo un impacto efectivo en la intervención de los adultos mayores.

17.1.1 Actividades de la vida diaria (AVD)

Se conocen como actividades de la vida diaria a todas aquellas actividades imprescindibles para que una persona pueda subsistir de forma independiente.

El instrumento que se utilizó para la valoración de estas actividades fue el índice de Barthel, el cual se utiliza para la valoración funcional de los adultos mayores midiendo la capacidad de realización de actividades como (Bañarse, vestirse, caminar, alimentarse, etc).

Figura 35 *Índice Barthel adultos mayores*



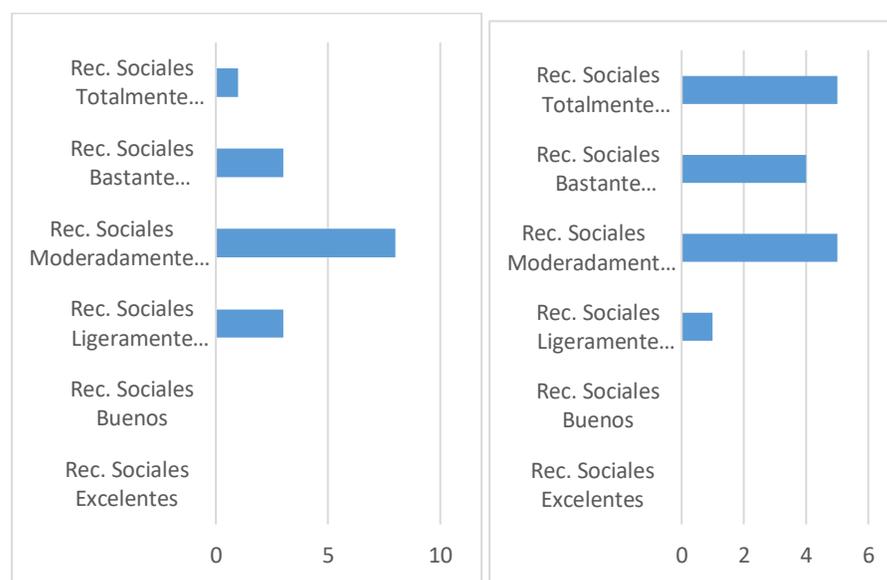
De acuerdo a esta comparación en el primer momento de valoración el 54% de los adultos mayores se encontraban independientes en las actividades básicas de la vida diaria, que también desarrollan actividades más elaboradas o trabajan y de esta manera sostienen sus niveles de autonomía e independencia y el 46% restante se encontraba con algún tipo de dependencia que en su mayoría se veía marcado por la capacidad de deambular, subir escalas, vestirse y bañarse, requiriendo ayudas o asistencias mínimas por parte de los cuidadores.

De acuerdo con la anterior descripción y analizando la evaluación final y los resultados de la misma que indican que al terminar la intervención el 73% de los adultos mayores se encuentran en situación de independencia y los niveles de dependencia disminuyeron de 46% a 27% marcando una diferencia de 19 puntos en este ámbito, considerando que uno de los aspectos que más peso logro tener en este ámbito la intervención gerontológica se basó en el acompañamiento y enfoque tan marcado que se le dio a los estilos de vida saludable.

Dimensión Social

El instrumento de valoración que se utilizó para la evaluación de esta dimensión fue la escala de recursos sociales OARS, en lo que respecta a esta dimensión y teniendo en cuenta que los adultos mayores institucionalizados en el CBA “Pijao” no cuentan con red de apoyo familiar. Los resultados de esta dimensión según la evaluación fueron:

Figura 36 *Recursos sociales*



De acuerdo al análisis iniciales para evaluar los recursos sociales mayores con los recursos sociales totalmente deteriorados 33,3%, adultos mayores con recursos sociales bastante deteriorados 26,66%, adultos mayores con recursos sociales moderadamente deteriorados 33,33%, y por último con el menor porcentaje los adultos mayores con recursos sociales ligeramente deteriorados con un 6,6%, teniendo en cuenta que en los ítems de recursos sociales buenos y excelentes no hubo calificación, ya que no cuentan con red de apoyo familiar.

En la evaluación final se observó el movimiento en los resultados de esta valoración donde se logró que los adultos mayores que tenían recursos sociales totalmente deteriorados que era el 53,3% de los adultos mayores pasaran a obtener y considerar recursos sociales moderadamente deteriorados, el 26,6% tuvieran recursos sociales ligeramente deteriorados, el 20% bastante deteriorados y el 6,6% presentara recursos sociales totalmente deteriorados, además de tener en cuenta que en los ítems de recursos sociales buenos y excelentes siguen sin tener calificación, la mejora en los resultados que respectan a los recursos sociales se deben al fortalecimiento de los vínculos y el trabajo que se realizó con el talento humano en aspectos como la empatía, y el cuidado de los adultos mayores, ya que la institución al ellos no tener la red de apoyo familiar que es importante en todas las etapas de la vida se convierte en su red de apoyo primaria por lo que es importante garantizar que esta responda de la misma manera a las necesidades afectivas y emocionales de cada adulto mayor.

Entrenamiento cognitivo

Entendemos por capacidades cognitivas las habilidades que tiene el ser humano para aprender, prestar atención, memorizar, hablar, razonar, etc, teniendo en cuenta que dichas capacidades son modificables y abiertas a cambios, sobre todo a través de la estimulación y la experiencia.

El entrenamiento cognitivo es el conjunto de técnicas y estrategias que permiten mejorar el funcionamiento de las capacidades de cada persona, y que se hace posible a través de situaciones y actividades.

El entrenamiento cognitivo en el CBA “Pijao Tarapacá” fue implementado de la siguiente manera:

Orientación

NOMBRE DE LA		RESPONSABLE:	
INSTITUCIÓN:		DAHIANA CASTAÑEDA-	
CBA PIJAO TARAPACA		PASANTE GERONTOLOGÍA	
NOMBRE DE LA ESTRATEGIA SOCIOEDUCATIVA:			
INTERVENCIÓN INDIVIDUAL ACERCA DE LA ORIENTACIÓN TEMPORAL- ESPACIAL.			
HORARIO: MAÑANA			
FECHA: 30/09/22			
OBJETIVO DE LA SESIÓN:		INTENCIONALIDAD:	
<i>Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible, permitiendo mantener un vínculo con su realidad</i>		<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar y mantener la capacidad de socialización. -Potenciar desarrollo personal. -Desarrollar habilidades de comunicación. 	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD			
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar materiales • Terapia de orientación a la realidad • Utilizar técnicas de observación en reloj y calendario • Actividad ubicación espacial individual • Actividad ubicación temporal, el clima. • Explicar en qué consiste la actividad • Acompañar la actividad de manera individual y grupal 			
INICIO		DESARROLLO	
DURACIÓN		MATERIALES	
		Impresiones	

4 HORAS	Colores Marcadores Hojas en blanco Cinta
---------	---

Después de la realización de las actividades se percibió que el adulto mayor se encuentra interesado en mantenerse actualizado en tiempo y espacio, manteniendo la mente activa y atenta lo cual permite un desarrollo eficiente de las actividades.

Memoria

NOMBRE DE LA ESTRATEGIA SOCIOEDUCATIVA: INTERVENCIÓN INDIVIDUAL ACERCA DE LA MEMORIA	
HORARIO: MAÑANA	
FECHA: 19/10/22	
<p style="text-align: center;">OBJETIVO DE LA SESIÓN:</p> <p>Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible, permitiendo mantener un vínculo con su realidad</p>	<p style="text-align: center;">INTENCIONALIDAD:</p> <p>-Mejorar y mantener la capacidad de socialización.</p> <p>-Potenciar desarrollo personal.</p> <p>-Desarrollar habilidades de comunicación.</p>
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar materiales • Terapia de orientación a la realidad • Actividad descubrir las parejas 	

<ul style="list-style-type: none"> • Reminiscencias • Lectura y luego preguntas acerca de la misma • Acompañar la actividad de manera individual y grupal 		
INICIO	DESARROLLO	CIERRE
	LO	
DURACIÓN 4 HORAS	MATERIALES Impresiones Colores Marcadores Hojas en blanco Cinta	

Se logró una participación motivacional debido a que los adultos mayores de manera regular subestiman sus capacidades y al realizar estas actividades logran darse cuenta de que sus capacidades para la toma de decisiones van mas allá de lo que creen, además de promover la paciencia y la capacidad para resolver problemas

Atención

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	RESPONSABLE:
----------------------------------	---------------------

CBA PIJAO TARAPACA		DAHIANA CASTAÑEDA- PASANTE GERONTOLOGÍA	
NOMBRE DE LA ESTRATEGIA SOCIOEDUCATIVA: INTERVENCIÓN INDIVIDUAL ACERCA “ATENCIÓN”			
HORARIO: MAÑANA			
FECHA: 28/09/22			
OBJETIVO DE LA SESIÓN: Estimular, recuperar y conservar capacidades, habilidades y destrezas afectadas que pueden limitar la independencia y la posibilidad de realizar actividades.		INTENCIONALIDAD: -Mejorar y mantener la capacidad de concentración. -Potenciar desarrollo personal.	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD <ul style="list-style-type: none"> • Preparar materiales • Explicar en qué consiste la actividad • Acompañar la actividad de manera individual • Actividad para prestar atención en un estímulo concreto • Diferenciar estímulos • Agrupación por categorías 			
INICIO	DESARROLL	CIERRE	
	O		
DURACIÓN		MATERIALES	

3 HORAS	<p>Impresiones</p> <p>Colores</p> <p>Marcadores</p> <p>Hojas en blanco</p>
---------	--

Actividades grupales

Actividad realizada mediante talleres educativos dirigidos en grupos tanto de los adultos mayores institucionalizados como los externos con la finalidad de mejorar sus capacidades sociales y sus hábitos.

Lo que se pretendió con estas actividades era que los adultos mayores fortalezcan su conocimiento y generen un sentimiento de reflexión sobre los estilos de vida e implementen y tomen conciencia sobre la importancia de incluir estilos de vida saludable en su vida.

Las actividades e intervenciones que se realizaron grupales en la intervención gerontológica se basaron en los estilos de vida saludable y el autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida.

17.1.2 Análisis resultado objetivo 1

Teniendo en cuenta los logros y los hallazgos encontrados en la realización de las actividades enfocadas en el desarrollo del objetivo 1, se considera que la atención centrada en la persona que es la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto

en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales (OMS, 2016), se convierte en una estrategia viable para la intervención gerontológica ya que busca promover las condiciones necesarias para la implementación de mejoras en todos los ámbitos del mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de las personas, teniendo en cuenta que para la realización de una atención integral se deben intervenir todas las dimensiones del adulto mayor, que a su vez permite la realización de los mismos desde el respeto a sus derechos ya que tiene en cuenta sus gustos e intereses.

De esta misma manera también se puede comprobar el impacto y la necesidad de fomentar una cultura de autocuidado, ya que este es fundamental para las personas adultas mayores debido a que están en una etapa del ciclo vital en la que es indispensable que los adultos tomen precauciones e incorporen a sus vidas estilos de vida saludable todo en pro de mejorar su estado de salud en la esfera física, mental y social, lo cual, fortalece la red más esencial del ser humano, que es la personal, y sensibilizando a los adultos mayores de manera constante acerca de que la vejez no es deterioro y pérdidas, sino también oportunidades y ganancias logrando un balance positivo entre los dos extremos, y permitiendo que cada adulto mayor contribuya en la búsqueda de alternativas para el mantenimiento de su salud y la mejora de su calidad de vida, tal como lo dice Baltes y Baltes (1990) en su enfoque de selección, optimización y compensación formulado como estrategia de envejecimiento exitoso.

En el cumplimiento de este objetivo se incluyeron también intervenciones grupales, actividades que se convirtieron en muy relevantes ya que les permitía a los adultos mayores que participaban ya fuera de manera activa o pasiva generar espacios de escucha y convivencia, espacios de compartir que indudablemente convierten a sus pares en una fuente de apoyo social fundamental en los procesos de envejecimiento de los adultos mayores institucionalizados en el

CBA “Pijao Tarapacá” teniendo en cuenta que el 90% de estos adultos mayores no cuentan con red de apoyo familiar.

17.2 Objetivo 2: Promover la formación y capacitación de los recursos humanos prestadores de servicio en la institución para que garanticen calidad de vida a los adultos mayores y cada día se cualifiquen en la atención al adulto mayor.

El objetivo estuvo enfocado en realizar un proceso de sensibilización con el talento humano, para esto se realizaron 2 talleres (Empatía-Socialización Modelo de atención centrado en la persona) y 1 colaboración para la inscripción al curso “Atención en salud para las personas mayores-nivel básico”. Estos talleres se realizaron en horas de la tarde para que no hubiera interferencia en sus labores. Fue importante realizar esta intervención de manera muy sutil y sin presiones, haciendo agradable los encuentros ya que el talento humano se encontraba predispuesto.

Con respecto a la colaboración para la inscripción al curso, se basó en la asistencia para los datos de inscripción, considerando que los temas a tratar en el mismo son fundamentales para la atención de los adultos mayores.

Se optó por abordar al personal ya que el trato que estos den al adulto mayor y la manera de atenderlos repercutía en su bienestar tanto positiva como negativamente, siendo este aspecto fundamental en el cumplimiento del objetivo general y del propósito de la intervención gerontológica en el CBA, además permitió corregir errores de atención al adulto mayor y brindar un mejor servicio que principalmente por el desconocimiento no se realizaba.

Y de manera final se realizó la socialización de los protocolos implementados en el CBA “Pijao Tarapacá” ya que por ser una institución que se dedica a la atención fue importante que el

talento humano es quien mas tiempo pasa con los adultos mayores, así mismo permitió que cada miembro se apropiara de diversas responsabilidades.

17.2.1 Análisis resultado objetivo 2

De manera similar al concepto de familia, el concepto apoyo social ha tenido una serie de modificaciones a lo largo de su historia, pero que sigue teniendo una misma finalidad y es la del acompañamiento, Ander Egg (2004) entiende el apoyo social como “toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar a otro u otros a afrontar situaciones problemáticas, de tipo individual, grupal o social”, y en el caso de los adultos mayores institucionalizados en el CBA “Pijao Tarapacá” su fuente de apoyo social principal es la institución en si misma ya que es quien atiende sus necesidades y se convierte en proveedora de recursos además de económicos, emocionales y afectivos.

El CBA “Pijao Tarapacá” es la institución que ha procurado acompañar de manera integral a la población intervenida, es decir, sus adultos mayores , generando diversos procesos y beneficios que se han plasmado en las vidas de los diferentes beneficiarios, por lo que los aspectos en los que se intervino el talento humano de la institución fueron tan pertinentes en la implementación de un modelo de atención gerontológica ya que son estas personas quienes pasan la mayor parte de su tiempo con los adultos, convirtiéndose en muy necesario que las relaciones entre estas partes sean lo más estables y asertivas posibles, donde no solo los adultos mayores deben poner de su parte sino también es fundamental la cualificación que forme a los colaboradores del CBA, en cuanto a la manera en que se deben atender las necesidades de los adultos teniendo en cuenta sus preferencias, gustos y necesidades individuales con el objetivo de atender de manera personalizada y humanizada a los adultos.

17.3 Objetivo 3: Aplicar estrategias de promoción y prevención fomentando la independencia en las actividades de la vida diaria que les permitan a los adultos mayores una integración social activa.

Este objetivo basó la intervención en construir e implementar una serie de protocolos que permitieron trazar lineamientos que no violaran los derechos de los adultos mayores, fortalecieran la calidad de la atención que se estaba brindando, teniendo en cuenta que hablar un mismo idioma ayudaría al talento humano a tomar decisiones siguiendo unos lineamientos, dichos protocolos tenían en común que el objetivo es garantizar la efectividad de las intervenciones y disminuir riesgos, aspecto que los convierte en actividades de promoción y prevención.

Los protocolos se formularon como parte de las actividades grupales, en las cuales la coordinadora y la pasante de gerontología construyeron los mismos basados en las necesidades observadas en el diagnóstico que a su vez generaban riesgos en la atención de los adultos mayores en el CBA “Pijao Tarapacá”.

Los protocolos construidos fueron: Protocolo de actuación en caso de extravío de un A.M, Protocolo de ingreso, y protocolo de traslado a urgencias.

Además, como parte de las intervenciones de promoción y prevención entendiendo esta última como el proceso que permite a las instituciones tener control sobre la salud, minimizando factores de riesgo y concientizando al talento humano y demás personal, se realizó la revisión de los esquemas de vacunación de cada adulto mayor.

17.3.1 Análisis resultados objetivo 3

Esta intervención gerontológica por otra parte, busca favorecer la salud de las personas mayores, ya que representa una forma de tratamiento no farmacológico complementario que

requieren los adultos mayores en la búsqueda de estrategias que mejoren su estado de salud, de igual manera se reconfirma el planteamiento realizado por la OMS donde sostienen que el mantenimiento de un buen estado de salud no depende únicamente de factores individuales e internos sino también externos y ambientales, los primeros conectados directamente con el autocuidado, comportamientos y adaptaciones a los cambios que trae consigo el proceso de envejecimiento y los segundos se relacionan con las responsabilidades que tienen los establecimientos de asistencia social permanente, los cuales deben atender y procurar el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores que de ellos se valen, de esta manera las intervenciones no farmacológicas resultan indispensables como estrategias de promoción y prevención que permitan alcanzar resultados satisfactorios.

El trabajo realizado en el CBA “Pijao Tarapacá” los temas elegidos para la formulación de los protocolos y la intervención en los esquemas de vacunación fueron fundamentales ya que en conjunto estos dos temas son necesarios en el tratamiento adecuado de las enfermedades en el cuidado de la independencia y autonomía de los adultos mayores

17.4 Encuesta de satisfacción

Se realizó una encuesta de satisfacción al terminar la intervención gerontológica, que permitiera determinar el grado de satisfacción que tenían los adultos mayores con respecto a la intervención y la atención de la pasante de gerontología. El cuestionario fue de elaboración propia y fue:

Figura 37 *Encuesta de satisfacción*

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Nombre: _____

	Si	No
¿Las actividades que realizó la pasante de gerontología fueron dinámicas y fáciles de entender?		
¿Está satisfecho con la atención brindada por la gerontóloga?		
¿La gerontóloga brindó respuesta a todas sus dudas e inquietudes?		
¿Cree que le presencia de la gerontólogo genero impacto en sus vidas?		
¿El trato de la gerontóloga fue amable y adecuado en todo momento?		

17.4.1 Análisis de resultados

Pregunta 1: En esta pregunta el 100% de los adultos mayores encuestados expresaron que las actividades fueron dinámicas y fáciles de entender.

Pregunta 2: En esta pregunta el 93% de los adultos mayores manifestaron sentirse satisfechos con la intervención gerontológica.

Pregunta 3: En esta pregunta el 100% de los adultos mayores encuestados manifestaron que la pasante de gerontología resolvió sus dudas e inquietudes, manifestando que la pasante es una persona muy paciente.

Pregunta 4: El 93% de los adultos mayores manifestaron que sintieron impacto en sus vidas con la intervención gerontológica

Pregunta 5: El 100% de los adultos mayores manifestaron sentirse agradecidos con la presencia de la pasante y con el trato e importancia que les brindó.

18. Conclusiones

Es necesario recalcar la importancia de realizar las intervenciones desde un reconocimiento del contexto y un diagnóstico inicial en el que se conozca la situación social y personal de cada adulto mayor en cada una de sus dimensiones, ya que son aspectos que juegan un papel fundamental en la lectura de necesidades que se tengan en la población. Y teniendo en cuenta los resultados adquiridos y el análisis del impacto de la intervención gerontológica en el CBA “Pijao Tarapacá” y analizándolo desde el desarrollo de cada objetivo se realizan las siguientes conclusiones:

Objetivo 1

- Los adultos mayores del CBA son altamente demandantes en las intervenciones.
- Implementar talleres grupales enfocados en los estilos de vida saludable y el autocuidado hacen que los adultos mayores conozcan las experiencias y las formas de vida de sus compañeros y cada adulto encuentre referentes de su misma edad que los motiven a mejorar sus condiciones de vida actuales, auto modificando comportamientos que tengan impactos negativos en su proceso de envejecimiento.
- El facilitar procesos de percepción y participación permiten que sus conocimientos y experiencias se conviertan en una herramienta para mejorar sus condiciones de vida.
- Aprovechar al máximo las experiencias vividas y la sabiduría de cada adulto mayor dignifica su manera de ver a los otros y la manera de que los otros los ven ya que fomenta el respeto y la admiración haciéndose sentir valorados.
- Las intervenciones realizadas de manera individual tuvieron una excelente receptividad por parte de los adultos mayores, teniendo en cuenta que ellos consideran que se les

dificulta más la estimulación y el aprendizaje y les parece fundamental la atención personalizada e individual.

- Se profundizó fundamentalmente en las necesidades y demandas de los adultos mayores lo que permitió un mayor conocimiento y desarrollo de diferentes estrategias de abordaje.

Objetivo 2

- La intervención gerontológica fue en gran parte posible gracias a la disposición y colaboración que prestaron el personal colaborador del CBA, ya que son estas personas quienes viven el día a día con los adultos mayores y que cumplen un papel fundamental como red de apoyo principal de los mismos.

Objetivo 3

- La formulación e incorporación de los protocolos es una base fundamental en el funcionamiento del CBA y de esta manera mejorar su atención basada en lineamientos.

19. Recomendaciones

Durante el proceso de la pasantía se pudo observar algunos aspectos que es necesario mejorar, por lo tanto, las recomendaciones que se hacen al Centro de Bienestar “Pijao Tarapacá” y basadas en los objetivos y resultados son:

Objetivo 1

- Realizar gestiones que permitan dar continuidad a los procesos gerontológicos ya que se pudo evidenciar el impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.
- Crear y gestionar 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.

Objetivo 2

- Se le recomienda al CBA “Pijao Tarapacá” enfatizar en la cualificación y sensibilización del talento humano que allí labora, ya que de esta manera se fortalece y mejora la atención brindada en la institución.

Objetivo 3

- Continuar en una constante autoevaluación de sus necesidades para la formulación de protocolos futuros, además de modificaciones que se deban realizar a los ya existentes todo con el fin de mejorar el funcionamiento de la institución.
- Se le recomienda al CBA “Pijao Tarapacá” que considere la posibilidad de que los pasantes y practicantes puedan estar vinculados a la institución de acuerdo a la normatividad existente, esto incluye un incentivo económico.

Referencias

- Arango Carvajal, K. J. (2020). Sentimiento de soledad en adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia en el 2020–1. repositorio uniminuto. Geraadpleegd op 28 april 2022, van https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12918/1/TP_ArangoCarvajalKarenJohana_2020.pdf
- Ardila, Rubén (2003). Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, 35(2), 161-164. [fecha de Consulta 28 de Abril de 2022]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Barrera, S. M. R. (2022, 6 mei). *Decreto 681 de 2022: Estrategias dirigidas al envejecimiento*. CONSULTORSALUD. Geraadpleegd op 17 mei 2022, van <https://consultorsalud.com/decreto-681-2022-estrat-de-envejecimiento-col/#:%7E:text=Seg%C3%BAAn%20el%20Decreto%20681%20de,la%20integraci%C3%B3n%20a%20la%20vida>
- Bengston, V., Burgess, E. y Parrot, T. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52 B(2), S72-S88. Recuperado de: <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/52B/2/S72.abstrac>
- Blanco, Mercedes, & Pacheco, Edith. (2003). Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de población*, 9(38), 159-193. Recuperado en 25 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252003000400006&lng=es&tlng=es.
- C. (2021, 9 juni). *Valoración Geriátrica Integral – Blog Ceisal*. CEISAL.COM. Geraadpleegd op 19 mei 2022, van <https://ceisal.com/blog/2021/06/09/valoracion-geriatrica-integral/>
- Cenobio-Narcizo, Francisco J., Guadarrama-Orozco, Jessica H., Medrano-Loera, Gerónimo, Mendoza-de la Vega, Karina, & González-Morales, Daniela. (2019). Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. *Boletín médico del Hospital Infantil de*

México, 76(5), 203-209. Epub 13 de marzo de
2020. <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000007>

- Centro de Estudios Regulatorios. (2022, 5 mei). *MinSalud, Decreto 681 de 2022*. Geraadpleegd op 17 mei 2022, van <https://www.cerlatam.com/normatividad/minsalud-decreto-681-de-2022/#:~:text=Se%20adopta%20la%20Pol%C3%ADtica%20P%C3%BAblica,independiente%20en%20condiciones%20de%20igualdad.> }
- DÍAZ-TENDERO-BOLLAIN, Aída (2011). Estudios de Población y enfoques de Gerontología Social en México. *Papeles de Población*, 17(70),49-79. [fecha de Consulta 28 de Abril de 2022]. ISSN: 1405-7425. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11221584004>
- ELDER, G., 2001, "Curso de vida: aspectos sociológicos", en Smelser y Baltes (eds.), *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales y del Comportamiento*, vol. 13, Elsevier, Oxford.
- ELDER, G., 2002, "Tiempos y vidas históricos: un viaje a través del tiempo y el espacio", en *Mirando vidas: estudios longitudinales estadounidenses del siglo XX*, Russell Sage, Nueva York.
- ELDER, G., M. et al., 2003, "El surgimiento y desarrollo de la teoría del curso de la vida", en Mortimer y Shanahan (eds.), *Manual del curso de la vida*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, Nueva York.
- García, G. S. (2013, 1 mei). *Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México / Atención Primaria*. elsevier.com. Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fortalecimiento-atencion-primaria-del-adulto-S0212656713000395>
- González, Mauricio, González, Ingrid, & Vicencio, Karol. (2014). Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psico perspectivas*, 13(1), 108-120. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue1-fulltext-296>

- Hernández, A. (2016). Envejecimiento y longevidad: fatalidad y devenir. Teorías, datos y vivencias. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social.
- https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf
- <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4504/1/Archivo.pdf>
- Inforesidencias.com. (z.d.). ¿Qué es la Atención Centrada en la Persona? Geraadpleegd op 25 april 2022, van <https://www.inforesidencias.com/contenidos/profesionales/nacional/-que-es-la-atencion-centrada-en-la-persona>
- Latinoamericanas, L. (2019). *Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía*. fundaciónideal.com. Geraadpleegd op 16 mei 2022, van https://www.fundacionideal.org.co/sites/default/files/imce/libro_rbc_2019.pdf
- Ley 1171 de 2007 - Gestor Normativo - Función Pública. (2015, 1 december). gov.com. Geraadpleegd op 26 april 2022, van <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27907>
- Ley 1850 de 2017 - Medidas de protección al adulto mayor en Colombia. (2020, 28 augustus). Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. Geraadpleegd op 26 april 2022, van <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/promocion-social/ley-1850-de-2017-medidas-de-proteccion-al#:~:text=Promoci%C3%B3n%20social-.Ley%201850%20de%202017%20%2D%20Medidas%20de%20protecci%C3%B3n%20a%20adulto%20mayor,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones.>
- Ley 2055 de 2020 - Gestor Normativo - Función Pública. (2020, 15 september). goc.com. Geraadpleegd op 26 april 2022, van <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981>
- Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004. Accesible en formato pdf: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

- Maldonado Palacios, C. (2017, 20 mei). El rol del docente como favorecedor del desarrollo de la autonomía en los niños de tres años de una I. E. de Miraflores. Repositorio Pontificia de Perú. Geraadpleegd op 28 april 2022, van [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/8914/Maldonado_Palacios_Rol_docente_favorecedor_1.pdf?sequence=1#:~:text=Autores%20como%20Piaget%20\(1968\)%2C,el%20sentido%20de%20responsabilidad%2C%20etc.](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/8914/Maldonado_Palacios_Rol_docente_favorecedor_1.pdf?sequence=1#:~:text=Autores%20como%20Piaget%20(1968)%2C,el%20sentido%20de%20responsabilidad%2C%20etc.)
- Martelo Ortiz, Okendy Melissa, & Arévalo Parra, Jessica Marcela (2017). Funcionamiento cognitivo y estado s emocionales de un grupo de niños y adolescentes con bajo rendimiento académico. Revista Neuropsicología Latinoamericana, 9(3), 13-22. [fecha de Consulta 19 de Mayo de 2022]. ISSN. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439554381002>
- Martínez Rodríguez, T. (n.d.). La atención centrada en la persona en servicios gerontológicos: modelos e instrumentos de evaluación.
- Martinez, T. (2013). La atención centrada en la persona. la ACP. Geraadpleegd op 25 april 2022, van <http://www.acpgerontologia.com/index.html>
- Merchán Maroto, E., & Cifuentes Cáceres, R. (2014). Teorías psicosociales del envejecimiento. Madrid: Universidad de Castilla La Mancha. Disponible 28 de abril de 2022, van <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Ministerio De Salud Y Protección Social, G. C. V. D. P. P. (2015, augustus). ABECÉ Enfoque de Curso de Vida. MINSALUD. Geraadpleegd op 25 april 2022, van <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoueCV.pdf>
- MinSalud. (z.d.). *Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)*. minsalud.com. Geraadpleegd op 16 mei 2022, van <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/rehabilitacion-RBC.aspx>
- MONTORIO CERRATO, I., & FERNANDEZ DE TROCONIZ, F. (z.d.). La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? Intervención Psicosocial. Geraadpleegd op 25 april 2022, van

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti4.htm#:~:text=E n%20resumen%2C%20el%20modelo%20de,de%20su%20capacidad%20de%20reserva.>

- Narváez Ojeda, E. (2019). Implementación de servicios de atención gerontológica, en “La Casa Del Adulto Mayor”, del municipio de San Lorenzo -Nariño 2019.
- Osorio Bayter, L. E., & Salinas Ramos, F. (2016). El contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar; The context and the residential center for the elderly in Colombia and Spain. The social enterprise one alternative for welfare. Instname: Universidad Autónoma de Occidente; Reponame: Repositorio Institucional UAO.
- Pueyrredon, C. (z.d.). Promoción y prevención de la salud del anciano –. Pueyrredon. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://www.clinicapueyrredon.com/promocion-y-prevencion-de-la-salud-del-anciano/>
- Ramírez, J. H. (2016). Atención Al Adulto Mayor "Aspectos Básicos". Bogotá: Medica Celsus. Retomado en MARTÍNEZ ROA, M. P. (2016). REGULACION NORMATIVA SOBRE EL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA A PARTIR DE 1991. UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA. Geraadpleegd op 26 april 2022, van https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/4491/Normativa_adulto_mayor_Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Recuperado de: <http://www.rae.es/rae.html>
- República, C. (2015, 1 december). Ley 1276 de 2009 - Gestor Normativo - FunciÃ3n PÃoblica. gov.com. Geraadpleegd op 26 april 2022, van <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34495>
- RIVAS LÓPEZ, J. P. (z.d.). MODELO DE SELECCIÓN, OPTIMIZACIÓN Y COM- COM-PENSACIÓN. LIBRERY. Geraadpleegd op 26 april 2022, van <https://1library.co/article/modelo-de-selecci%C3%B3n-optimizaci%C3%B3n-y-com-com-pensaci%C3%B3n.q5mve43j>
- Robledo Marín, Carlos Arturo, & Orejuela Gómez, Johnny Javier. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. Revista Guillermo de Ockham, 18(1), 95-102. Epub January 12, 2021. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>

- Robledo, C. A., Orejuela, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. Rev. Guillermo de Ockham, 18(1), 95-102. doi:
<https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Rodríguez Vidal, A. (2019). Programa de intervención gerontológica en los adultos mayores con depresión y aquellos en riesgo de desarrollarla en el centro de bienestar el Carmen de la ciudad de Armenia (Quindío).
- Salud Y Protección Social, M. (z.d.). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Min Salud. Geraadpleegd op 26 april 2022, van
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Politica-Colombiana-de-Envejecimiento-Humano-y-Vejez.aspx>
- Sas, R. (z.d.). Ley 1251 de 2008 Congreso de la República - Colombia. www.redjurista.com. Geraadpleegd op 26 april 2022, van
https://www.redjurista.com/Documents/ley_1251_de_2008_congreso_de_la_republica.aspx/
- Segura, Adrián, & Topa, Gabriela. (2016). Identificación con los trabajadores mayores y absentismo: moderación de la Selección, Optimización y Compensación. Acción Psicológica, 13(2), 169-188. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17587>
- Silva, Danilo R. (2010). ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGIA. ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (2009). MADRID: EDICIONES PIRÁMIDE, PP.280. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 2 (30), 163-165. [fecha de Consulta 28 de Abril de 2022]. ISSN: 1135-3848. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645442011>
- Social, T. (2022, 27 april). Términos Definidos por Trabajo Social. BlogSpot. com. Geraadpleegd op 27 april 2022, van
<http://diccionariodetrabajosocialcolombia.blogspot.com/>
- Soto-Añari M, Flores-Valdivia G, Fernández-Guinea S. Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva en adultos mayores. Rev Neurol 2013; 56: 79-85.
- Torres-Degró, A. (2010). Envejecimiento demográfico: Un acercamiento a los métodos cuantitativos. CIDE digital, 1(2), 79-102.

- Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 28 de abril de 2022, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- de la Barrera, M. L. (s. f.). *Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos*. Redalyc. Recuperado 30 de mayo de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16713758005.pdf>

Anexos

Figura 38 *Consentimiento Informado*

CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR "PIJAO TARAPACÁ"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ adulto mayor perteneciente al centro de atención al adulto mayor "Pijao Tarapacá" identificado con C.C _____ de la ciudad de _____ manifiesto mi aceptación para el tratamiento de mis datos para fines educativos e institucionales que a su vez puedan reflejar un beneficio en mi bienestar y calidad de vida. Entiendo que toda la información concerniente a mi evaluación, seguimiento e intervención dentro del centro de atención al adulto mayor "Pijao Tarapacá" es confidencial y no será entregada ni divulgada a ningún otro individuo externo a este sin mi consentimiento excepto cuando la entrega sea requerida por un espacio legal.

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el consentimiento y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

De esta manera autorizo al centro de atención al adulto mayor "Pijao Tarapacá" y en su nombre al profesional y/o estudiante _____ para utilizar los datos y resultados obtenidos en las evaluaciones que han sido practicadas para así mismo realizar seguimiento y las respectivas intervenciones en la dimensión que sea necesaria.

Firma del adulto mayor _____

Documento de identidad _____

Figura 40 Instrumento De Valoración Barthel

FECHA DE APLICACIÓN: _____

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente.	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente.	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente.	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente.	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda.	5
	- Dependiente.	0
Afeitarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente.	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia.	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente.	Puntuación
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia.	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente.	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente.	0
Deambular	- Independiente. camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente.	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente.	0

TOTAL: _____

OBSERVACIÓN: _____

Figura 41 Instrumento De Valoración Pfeiffer

FECHA DE APLICACIÓN: _____

SPMSQ de Pfeiffer	
Pregunta a realizar.	Errores
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	
Total (máximo: 10 puntos)	

TOTAL: _____

OBSERVACIONES: _____

Figura 42 *Instrumento De Valoración Yesavage*

FECHA DE APLICACIÓN: _____

Escala de depresión geriátrica de Yesavage	
Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO

Figura 43 *Instrumento De Valoración Lawton y Brody*

FECHA DE APLICACIÓN: _____

Escala de Lawton y Brody	
ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras.	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar.	0
PREPARACION DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	

Figura 44 *Escala De Recursos Sociales OARS*

- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0

TOTAL: _____

OBSERVACIONES:

APLICADA POR: _____

0, No
NS/NC

Figura 45 *Entrenamiento Cognitivo*

¿Con qué frecuencia se siente solo?

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

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

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

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

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

Si es «Sí», preguntar a y b.

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

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

b) ¿Quién es esa persona?

Nombre _____

Relación _____

TOTAL: _____

OBSERVACIONES:

APLICADO POR: _____



PERTINENTE CREATIVA INTEGRADORA

 @uniquindio

 unquindioconectada

 unquindioconectada





UNIVERSIDAD
DEL QUINDÍO



NOMBRE DE LA DEPENDENCIA

Tel: (57) 6 735 9300 Ext

Carrera 15 Calle 12 Norte

Armenia. Quindío – Colombia