INTERVENCIÓN GERONTOLOGÍCA PARA PERSONAS MAYORES DEL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE, ARMENIA

ANA CAMILA SARMIENTO CARDENAS

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA GERONTOLOGÍA

2022

INTERVENCIÓN GERONTOLOGÍCA PARA PERSONAS MAYORES DEL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE, ARMENIA

ANA CAMILA SARMIENTO CARDENAS

ASESORA

DIANA FERNANDA BERMUDEZ RESTREPO

MG. EDUCACIÓN: DESARROLLO HUMANO USB CALI

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA GERONTOLOGÍA

2022

AGRADECIMIENTOS

Sin duda alguna este trabajo de grado en la modalidad de pasantía, requirió de una enorme disciplina, entrega, pasión y dedicación tanto de la autora como de la asesora de este proyecto, la docente Diana Fernanda Bermúdez Restrepo, quien durante todo el proceso brindo su apoyo incondicional, sin sus orientaciones no se hubiera logrado el resultado que se obtuvo para este; Sus palabras de aliento, motivación y su gran vocación pedagógica durante toda mi formación académica han permitido que hoy me sienta una excelente profesional llena de pasión y conocimiento.

A Dios, porque a pesar de los grandes declives de salud que tuve dentro de mi formación, siempre me dio la fuerza para lograr sacar cada semestre adelante, llenarme de fortaleza y de permitirme mantener siempre alegre y con mi particular sonrisa.

A mi madre y a mi hijo, quienes han sido parte fundamental de todo este proceso, a mi madre por apoyarme siempre y nunca abandonarme, por darme esa voz de aliento cuando me sentía desfallecer y a mi hijo porque a pesar de su corta edad me a acompañado de la manera más hermosa con sus besos y abrazos cuando más cansada estaba y me recargaba con su tierno TE AMO MAMÁ…….

A la docente Lilia Inés López, quien enruto por el camino correcto esta maravillosa propuesta y fue parte fundamental para su ejecución.

A la E.S.E Red Salud Armenia, en especial a la Doctora Gloria Inés Valois Velásquez, quien deposito en esta propuesta su entera confianza, brindándome un espacio en este; al personal del CS Piloto Uribe, a su coordinadora la jefe Yolanda Rivera, a sus MD, Aux

de Enfermería por su apoyo durante la ejecución de esta propuesta, y a todo el personal asistencial del mismo.

Finalmente, agradecer a todos los docentes del programa, por su paciencia entrega y dedicación al enseñarnos cada día, a mis compañeros por compartir este tiempo de aprendizaje, y a toda aquella persona que participo de manera directa o indirecta a que hoy sea la profesional que soñé ser.

Eternamente agradecida con la vida misma por esta oportunidad y por los logros que más adelante llegaran…

Gracias mil gracias…...….

RESUMEN

El presente trabajo de grado en la modalidad de pasantía se llevó a cabo en el Centro de Salud Piloto Uribe, E.S.E Red Salud Armenia. Cuyo objetivo fue desarrollar intervención gerontológica para personas mayores del programa de riesgo cardiovascular entendiendo que cada individuo se construye como ser en la comunicación y la interdependencia con los demás; pretendiendo en la medida de lo posible que cada uno tomara su papel de agente central. Este no solo tenía por objetivo realizar una intervención de manera individual, sino que además se involucrara a la familia, al cuidador u acompañante para que así cada usuario pudiera empoderarse de todas sus habilidades, pueda ejercer su independencia y su autonomía en la toma de sus decisiones siempre buscando el beneficio de este; a un mejoramiento continuo de su estado de salud, creando conciencia y educando sobre lo que se tiene y cómo manejarlo desde las condiciones de cada individuo.

Palabras clave: envejecimiento, adherencia, calidad de vida, riesgo cardiovascular, creencias en salud, educación.

Tabla de contenido

2

INTERVENCIÓN GERONTOLOGÍCA PARA PERSONAS MAYORES DEL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE, ARMENIA 8

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN -Envejecimiento, vejez y salud. 8

DIAGNÓSTICO 9

Caracterización de la población 10

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD 12

1. MARCO REFERENCIAL 13

1.1 Marco conceptual 13

1.2 Marco Teórico 26

1.3 Marco Legal 31

2. JUSTIFICACIÓN 33

3. OBJETIVOS 36

3.1 General 36

3.2 Específicos 36

4. METODOLOGÍA 37

5. POBLACIÓN 39

5.1 Beneficiarios Directos 39

5.2 Beneficiarios Indirectos 39

6. CONTEXTUALIZACIÓN 39

7. PLAN DE ACCIÓN 47

8. PRODUCTOS Y RESULTADOS 48

8.1 Productos 48

8.1.1 Desarrollo 48

8.2 RESULTADOS Y ANALISIS POR OBJETIVOS 52

9. CONCLUSION 73

10. RECOMENDACIONES 76

11. BIBLIOGRAFÍA 77

ANEXOS 82

INTERVENCIÓN GERONTOLOGÍCA PARA PERSONAS MAYORES DEL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE, ARMENIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN -Envejecimiento, vejez y salud.

Esta línea de investigación comprende estudios relacionados con el envejecimiento individual y colectivo, con la vejez como la etapa final de la ontogénesis y la salud como un continuo multidimensional que está determinado por múltiples factores. El envejecimiento que 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 de manera activa de 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 permiten los factores sociales en los que se viven inmersos el individuo y la colectividad (Salleras,1990).

Teniendo como objetivo innovar estrategias de intervención fundamentadas en la investigación que permita el fomento del envejecimiento activo y el mejoramiento de la calidad humana, adicionalmente proporcionar información básica, que facilite la interpretación y la comprensión del carácter diferencial del envejecimiento y de la vejez; contribuyendo a la construcción del envejecimiento y la vejez a partir de la propia realidad de las personas mayores en diferentes contextos.

DIAGNÓSTICO

MATRIZ DOFA DEL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS
Rutinización de la consulta, no se revalúa al paciente y no se realizan los controles de salud de las guías de promoción y prevención	Orientación y potenciación del tiempo de consulta.	Mejoramiento en la adherencia al tratamiento.	Declive en la salud, y abandono de los tratamientos por parte de los usuarios.
Usuarios con Poca adherencia al tratamiento	Conformación de grupos de autoayuda. Adquisición de conocimiento frente a los tratamientos y sus efectos.	Disposición por parte del equipo interdisciplinario. Disposición por parte de los usuarios	Desintegración de los grupos de autoayuda. Pérdida de seguimientos por parte del equipo interdisciplinario.

Inexistencia de un profesional en Gerontología	Seguimiento continuo y asesoramiento frente a sus patologías y hábitos y estilos de vida saludables. Cuidado y autocuidado en casa.	Mejor comprensión frente a sus patologías, ampliación de su red de apoyo.	La no continuidad de un profesional en gerontología para seguimientos.
Inexistencia de Protocolos de Preconsulta y Postconsulta	Descongestión en el flujo de pacientes, mejora la comprensión en los medicamentos	Facilita la atención	No continuidad por parte del establecimiento o en su defecto por el usuario.

Claramente este diagnóstico se logró mediante la caracterización y búsqueda de los usuarios que harían parte del programa de la siguiente manera:

Caracterización de la población

Con el fin de conocer las características de la población de personas mayores perteneciente al programa de Riesgo Cardiovascular (RCV), del Centro de Salud Piloto Uribe de Armenia, se obtuvo la siguiente información:

Para lograr la caracterización de dicha población:

1. Se solicita información a la jefe de servicio Yolanda, encargada del centro de salud Piloto Uribe, la cual manifiesta que no hay una base en medio digital de los usuarios pertenecientes al grupo de RCV.
2. Por parte de la jefe antes menciona se nos proporciona las planillas de los diferentes médicos tratantes disponibles en el centro, para realizar el proceso manual desde el mes de noviembre del año 2021, de la selección, registro y creación de la base de datos digital de los usuarios del programa de RCV
3. Durante 3 semanas se realiza la búsqueda y registro de los usuarios del programa de RCV hasta el mes de marzo del presente año.
4. Lo cual termina por arrojar los siguientes datos:

Del total del universo de la población de personas mayores pertenecientes al programa de RCV el cual corresponde a 134 personas, de los cuales 85 son mujeres y 49 hombres; para fines de esta pasantía se trabajará con un subgrupo del universo que corresponde a 30 PM de los cuales 15 son mujeres y los restantes son hombres.

Entre las patologías más predominantes entre este subgrupo encontramos; Diabetes, HTA, Lupus eritematoso, artritis reumatoidea.

Las edades oscilan entre los 34 a los 96 años, pero para fines de esta propuesta se trabajará con la población de 60 - 96 años de edad lo cual nos permite tener una gran variedad de visiones y procesos independientes de envejecimiento.

Criterios de inclusión

- Personas Mayores de 60 años.
- Participantes del programa de RCV.

- Disponibilidad de asistencia a las diferentes actividades.

Criterios de exclusión

- Personas menores de 60 años.
- Personas mayores de 60 años que no pertenezcan al programa de RCV.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD

Es de suma importancia hacer una profundización en el tema referente al envejecimiento y vejez en Colombia, en Armenia, Quindío, especialmente en el Centro de Salud Piloto Uribe perteneciente a Red Salud Armenia E.S.E; ya que siendo Colombia un país que se encuentra en plena transición demográfica, viviendo una de las más rápidas de Latinoamérica; dónde, la población menor de 15 años disminuye y seguirá disminuyendo, al mismo tiempo que la población mayor de 60 años aumenta de manera acelerada.

Según proyecciones de la población en el 2020 en Colombia se estimaba que del total de la población 6.808.641 eran personas adultas mayores; siendo el Departamento del Quindío con una población de 509.640 habitantes, registrada según el último censo realizado por el DANE en 2018 quien cuenta con más participación de adultos mayores siendo un 19.2% sobre el total de la población del departamento.

Demográficamente en Colombia se evidencia un cambio progresivo y acelerado en su pirámide poblacional, actualmente es uno de los países latinoamericanos clasificado en un estadio avanzado de transición demográfica y en una etapa moderada de envejecimiento.

Para efectos de este caso, en el Centro de Salud Piloto Uribe se pudo observar que a pesar de que por parte del personal médico se realiza una valoración inicial al adulto mayor, como lo

enmarca la resolución 3280 de 2018, se logra evidenciar que no hay un seguimiento a las indicaciones del personal de salud a los pacientes frente al manejo, administración y consumo de sus fármacos para el control de sus patologías y esto ocasiona una alta Re consulta por las mismas razones, una vez que se han podido observar casos en el que las personas mayores no tienen un nivel de formación académica.

Se evidencia la necesidad de brindar educación a los acompañantes y/o cuidadores de adultos mayores frente a los servicios y cuidados de estos.

Así mismo se presenta desconocimiento por parte de los usuarios acerca de sus deberes y derechos, tipo de servicios a los que tienen acceso, lo cual genera una mal uso o desaprovechamiento de los mismos.

Finalmente, a lo anterior se suma la ausencia de grupos de autoayuda según las patologías, lo cual genera una dispersión de los usuarios y un desaprovechamiento de oportunidades de capacitación que favorezcan las adherencias a los tratamientos.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco conceptual

El marco conceptual es aquello que permite que se dé una explicación de una idea y así sirve para comprenderla mejor, señalando los conceptos que la componen y forman parte de ella.

Adulto mayor

Los adultos mayores, según el Ministerio de salud de Colombia (2021), son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las

personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro (párr. 1).

Envejecimiento

El envejecimiento humano se caracteriza por ser un proceso heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de la vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (Ministerio de salud, 2019, párr. 4).

Educación

La educación es el proceso de facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas que los transfieren a otras personas, a través de la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, el ejemplo, la formación o la investigación.

Grupos de autoayuda

La Organización Mundial de la Salud define que los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un hándicap común

o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados.

Un grupo de autoayuda es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo. A la persona directamente afectada, le brinda la oportunidad de compartir los sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia. Los ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismos

Riesgo cardiovascular

Es la probabilidad de que una persona o conjunto de personas puedan tener un evento cardiovascular en un plazo determinado de tiempo.

Preconsulta

En la preconsulta se realiza la valoración del padecimiento por el que solicita atención el enfermo y que generalmente no representa una urgencia

Postconsulta

El área de post consulta, tiene como objetivo el informar y despejar incógnitas que pudieron quedar posteriores a la atención medica brindada al paciente respecto a su patología/tratamiento.

Adherencia al TTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario

Enfermedades Cardiovasculares

Las Enfermedades Cardiovasculares son un conjunto de enfermedades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías. Estas constituyen una prioridad de salud pública en la mayoría de los países desarrollados y en muchos en vía de desarrollo debido a varios factores:

- Es la principal causa de muerte en la edad adulta
- Constituye uno de los principales motivos de utilización de los servicios de salud
- Produce un alto grado de discapacidad
- Ocasiona altas repercusiones socio – económicas.

Factores de riesgo cardiovascular

En general y con fines prácticos los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular se clasifican como:

Tabla N° 1. Factores de riesgo Cardiovascular

Factores de Riesgo No Modificables	Factores de Riesgo Modificables	
MAYORES	**MAYORES**	**MENORES**
✓ Sexo: masculino y mujer postmenopáusica. ✓ Edad: Hombres ≥ 45 años Mujeres > ó =55 años. ✓ Herencia (Historia familiar en primer grado de Enfermedad coronaria en Infarto Agudo al miocardio en hombres menores de 55 años o mujeres menores de 65 años). ✓ Antecedente personal de Enfermedad cardiovascular.	✓ Presión Arterial. ✓ Diabetes Mellitus. ✓ Tabaquismo. ✓ Dislipidemias (LDL alto y/o HDL bajo). ✓ Enfermedad renal crónica	✓ Obesidad (IMC >30KG/m^2). ✓ Obesidad Abdominal (CC>90HOMBRES/ >80 MUJERES). ✓ Dieta. ✓ Sedentarismo. ✓ Estrés. ✓ Composición del medio interno químico en especial los niveles sanguíneos de azúcar, colesterol y triglicéridos.

Sexo: Se refiere a la condición biológica que diferencia entre hombres y mujeres. En general, los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares. Las enfermedades cardiovasculares afectan a un

número mayor de mujeres que de hombres y los ataques cardíacos son, por lo general, más graves en las mujeres que en los hombres.

Edad: Como producto del natural e incontenible proceso de envejecimiento la enfermedad cardiovascular surge en condiciones corrientes a medida que pasan los años y por tal motivo se considera que a mayor edad mayor riesgo aceptándose que desde la tercera y cuarta década de la vida, la edad, ya constituye un riego real latente. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad. Con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. Puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad y, cuando esto sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes a los músculos del cuerpo. Debido a estos cambios, el riesgo cardiovascular aumenta con la edad. Gracias a sus hormonas sexuales, las mujeres generalmente están protegidas de las enfermedades del corazón hasta la menopausia, que es cuando su riesgo comienza a aumentar.

Herencia: Las enfermedades del corazón suelen ser hereditarias. Por ejemplo, si los padres o hermanos padecieron de un problema cardíaco o circulatorio antes de los 55 años de edad, la persona tiene un mayor riesgo cardiovascular que alguien que no tiene esos antecedentes familiares. Los factores de riesgo tales como la hipertensión, la diabetes y la obesidad también pueden transmitirse de una generación a la siguiente. Ciertas formas de enfermedades cardiovasculares son más comunes entre ciertos grupos raciales y étnicos. Por ejemplo, los estudios demuestran que los negros sufren de hipertensión más grave y tienen un mayor riesgo cardiovascular que las personas caucásicas.

Presión Arterial: Sin importar la causa, se reconoce que las cifras tensiónales altas representan un factor importante en la génesis de la enfermedad cardiovascular y por tanto su control constituye uno de los objetivos prioritarios. Los límites máximos aceptados para la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica son 140 mm Hg y 90 mm Hg respectivamente. La presión arterial puede variar según el grado de actividad física y la edad, pero los valores normales del adulto sano en reposo aceptados para la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica deben estar en 120 mm Hg y 80 mm Hg respectivamente.

Diabetes: Los problemas del corazón son la principal causa de muerte entre diabéticos, especialmente aquellos que sufren de diabetes del adulto o tipo II (también denominada «diabetes no insulinodependiente»). Ciertos grupos raciales y étnicos (negros, hispanos, asiáticos, polinesios, micronesios, melanesios y amerindios) tienen un mayor riesgo de padecer diabetes. La Asociación Americana del Corazón (AHA) calcula que el 65% de los pacientes diabéticos mueren de algún tipo de enfermedad cardiovascular. Si usted sabe que sufre de diabetes, debe ser controlado por un médico, porque el buen control de los niveles de glucosa (azúcar) en sangre puede reducir su riesgo cardiovascular.

Tabaquismo: El principal ingrediente activo del tabaco es la nicotina, se considera una droga estimulante y crea dependencia psíquica. Tiene efectos nefastos sobre el sistema cardiovascular pues acelera el pulso, aumenta la presión arterial, aumenta la agregación plaquetaria, aumenta la tasa de ácidos grasos libres en la sangre y se asocia con riesgo de cardiopatías coronaria tres veces superior al de no fumadores y riesgo de infarto de miocardio cuatro veces superior al de los no fumadores.

Dislipidemia: Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado. El colesterol, una sustancia grasa (un lípido) transportada en la sangre, se encuentra en todas las células del organismo. El hígado produce todo el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas. El organismo obtiene colesterol adicional de alimentos de origen animal (carne, huevos y productos lácteos) o que contienen grandes cantidades de grasas saturadas. Cuando la sangre contiene demasiadas lipoproteínas de baja densidad (LDL o «colesterol malo»), éstas comienzan a acumularse sobre las paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de la enfermedad denominada «aterosclerosis». Cuando se acumula placa en las arterias coronarias que riegan el corazón, existe un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón.

Obesidad y sobrepeso: El aumento del peso corporal definido como Obesidad es considerado como una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa a un nivel tal que la salud está comprometida. El impacto mayor en el estado de salud se presenta cuando este exceso de grasa está localizado a nivel del abdomen Los médicos miden la obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros (IMC = kg/m2). Según el Instituto Nacional de los Pulmones, el Corazón y la Sangre de los Estados Unidos (NHLBI), se considera que una persona sufre de sobrepeso si tiene un IMC superior a 25 y que es obesa si la cifra es superior a 30.

Dieta: La alimentación diaria pobre en alimentos que contengan fibra vegetal y con aporte abundante en carbohidratos solubles, grasas saturadas y sal con un contenido calórico superior a las necesidades individuales del trabajador según su constitución física, carga

laboral y clima entre otros factores constituye por sí sola un factor de riesgo determinante en la génesis de lesiones ateroscleróticas y en consecuencia deterioro progresivo del sistema cardiovascular.

Sedentarismo: La falta de actividad física atlética o recreativa, contribuye a un menor desarrollo de la capacidad y fortaleza cardiopulmonar y muscular y en consecuencia más débil frente al impacto de otros factores de riesgo que entonces acentúan su efecto nocivo. Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón que las personas que hacen ejercicio regular. El ejercicio quema calorías para mantener un peso saludable, ayuda a controlar los niveles de colesterol y la diabetes, y posiblemente disminuya la presión arterial. El ejercicio también fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias. Las personas que queman activamente entre 500 y 3.500 calorías por semana, ya sea en el trabajo o haciendo ejercicio, tienen una expectativa de vida superior a la de las personas sedentarias. Incluso el ejercicio de intensidad moderada es beneficioso si se hace con regularidad.

El Estrés: Propio de la vida humana en la gran ciudad moderna y entendido en cierto modo como un índice de mala adaptación del hombre a su propia civilización es reconocido como un factor de riesgo adicional para la aparición y persistencia de enfermedad cardiovascular y por tanto su manejo acertado es imperativo en todo programa vigilancia epidemiológica. Se cree que el estrés es un factor contribuyente al riesgo cardiovascular. Aún se están estudiando los efectos del estrés emocional, los hábitos y la situación socioeconómica en el riesgo de sufrir enfermedades del corazón y ataque cardíaco.

El estrés también puede contribuir a otros factores de riesgo. Por ejemplo, una persona que sufre de estrés puede comer más de lo que debe para reconfortarse, puede comenzar a fumar, o puede fumar más de lo normal.

Composición del medio interno químico: La persistencia de niveles elevados en la sangre de azúcar, colesterol y triglicéridos son determinantes en el deterioro del sistema vascular, pero en especial de órganos vitales como el corazón, los riñones y el cerebro ocasionando enfermedades incapacitantes, con gran impacto en el deterioro de la calidad de vida, y de muy costoso manejo médico determinado por su evolución crónica.

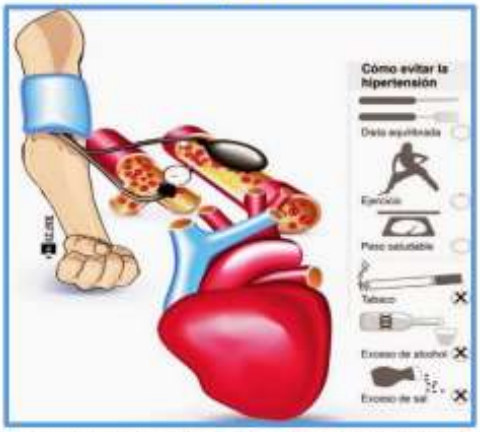
Tipos Enfermedades Cardiovasculares

- **Hipertensión arterial**

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg, cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada. La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma; por ello se le conoce como el "asesino silencioso". En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos,

dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. Cuanta más alta es la tensión arterial, mayor es el riesgo de daño al corazón y a los vasos sanguíneos de órganos principales como el cerebro y los riñones. La hipertensión es la causa prevenible más importante de enfermedades cardiovasculares y ACV del mundo. Si

Imagen N° 1. Hipertensión Arterial



Fuente: http://2.bp.blogspot.com/-isLSrKtmzFA/VV8n41jzbRI/AAAAAAAAB3o/4hYgabeAlE8/s1600/hipertension-web.jpg

no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardiaca. Los vasos sanguíneos pueden desarrollar protuberancias (aneurismas) y zonas débiles que los hacen más susceptibles de obstruirse y romperse. La tensión arterial puede ocasionar que la sangre se filtre en el cerebro y provocar un accidente cerebrovascular. La hipertensión también puede provocar deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo.

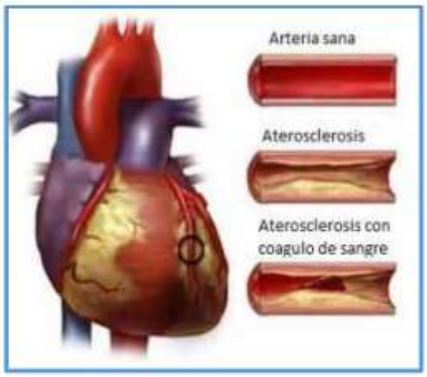
Las consecuencias de la hipertensión para la salud se pueden agravar por otros factores que aumentan las probabilidades de sufrir un infarto de miocardio, un accidente cerebrovascular o insuficiencia renal. Entre ellos cabe citar el consumo de tabaco, una

dieta poco saludable, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y la exposición a un estrés permanente, así como la obesidad, el colesterol alto y la diabetes mellitus.

- **Cardiopatía coronaria**

La cardiopatía coronaria (CC), también llamada artropatía coronaria, cardiopatía isquémica o cardiopatía aterosclerótica, es el resultado final de la acumulación de placas ateromatosas o deshechos grasos dentro de las paredes de las arterias que irrigan los músculos del corazón aportando oxígeno y nutrientes.

Imagen N° 2. Fisiología de la Enfermedad Coronaria



Fuente: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1142687786669&pagename=HospitalLaPrincesa%2FPage%2FHPRI_contenidoFinal

Este proceso empieza en las primeras décadas de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades. En este caso se produce una isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio). Los síntomas pueden ser muy

notorios, pero algunas veces uno puede tener la enfermedad y no presentar ningún síntoma. Esto es particularmente así en las etapas iniciales de la cardiopatía.

La CC es la causa más frecuente de muerte súbita y de muerte en general entre los hombres y mujeres mayores de veinte años. Los factores de riesgo probados de aparición de CC son, en orden decreciente de importancia: niveles altos de grasa o colesterol en la sangre, tabaquismo, presión arterial alta, niveles elevados de azúcar en la sangre debidos a la diabetes mellitus o a otros motivos, y conductas de "tipo A", es decir, personas impacientes, apuradas por el tiempo, muy competitivas, hostiles, agresivas e incapaces de relajarse. Otros factores de riesgo significativos pero indirectos son el sedentarismo, la obesidad, el estrés y una dieta rica en grasas saturadas y pobre en antioxidantes.

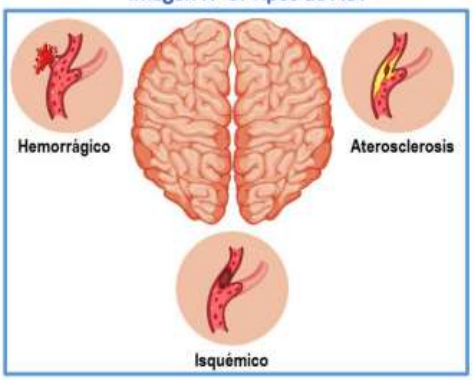
- **Accidentes cerebrovasculares**

Los accidentes cerebrovasculares son un grupo heterogéneo de condiciones patológicas que afectan a los vasos sanguíneos que riegan el cerebro y cuya característica común es la disfunción focal del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos. El término “Accidente Cerebrovascular” se usa para describir el proceso de manera general, sea agudo o crónico ó isquémico o hemorrágico. El grado de la lesión o del trastorno depende de cuál haya sido la arteria obstruida y durante cuánto tiempo quedó obstruida.

Las células nerviosas del cerebro necesitan un suministro constante de oxígeno y azúcar (glucosa), los cuales son transportados por la sangre. Cuando la sangre no puede llegar a ciertas partes del cerebro, se interrumpe el suministro de oxígeno a esas zonas. Esto se denomina isquemia. Sin oxígeno, mueren las células cerebrales. Cuanto más tiempo esté

el cerebro privado de sangre, más grave será el daño cerebral. La zona de tejido muerto ocasionado por la isquemia se denomina infarto.

Imagen N° 3. Tipos de ACV



Fuente: https://www.accessrx.com/blog/erectile-dysfunction/can-viagra-help-the-brain-heal-itself/

La mayoría de los accidentes cerebrovasculares se producen en personas mayores de 65 años de edad. Aunque muchos de ellos se producen sin advertencia previa, existen ciertos síntomas físicos que pueden advertirnos que estamos sufriendo un accidente cerebrovascular. Como las células cerebrales controlan el movimiento, parte del cuerpo puede quedar paralizado tras un accidente cerebrovascular.

1.2 Marco Teórico

El Gerontólogo es un profesional que se encarga de estudiar el proceso de envejecimiento y de atender de forma integral a las personas mayores a través del desarrollo a través de intervenciones individuales y grupales entre las cuales se cuentan las sociosanitarias y educativas. Al respecto, Mena et al. (2012) acota lo siguiente: La importancia de las intervenciones gerontológicas radica en hacer efectivo el abordaje integral de la persona adulta mayor al reducir y prevenir situaciones de riesgos para la salud en su contexto bio-

psico-social. Para poder desarrollar las intervenciones, el gerontólogo debe utilizar una serie de instrumentos especializados que aporten los datos necesarios para analizar y planear dichas intervenciones para la atención multidimensional de la persona adulta mayor (p. 8).

El acompañamiento para esta pasantía va a ser en el conocimiento e indagación sobre las patologías que padecen las personas mayores del programa de riesgo cardiovascular del Centro de Salud Piloto Uribe, lo cual permitirá reconocer sus implicaciones o consecuencias en salud desde la misma patología y trabajar con estas en las posibles formas de cuidado que requieren en sus casas.

Para la ejecución de este ejercicio tuve en cuenta las siguientes teorías como parte fundamental:

Esta pasantía está orientada desde el modelo de educación Humanístico-Interpretativo propuesto por Yuni y Urbano en 2005, en donde trabajar con adultos mayores supone generar condiciones socioafectivas particulares.

Cfr. Urbano, (2001); Urbano y Yuni, (2002). Hacen referencia a que el denominador común que atraviesa los discursos, los crecientes espacios de promoción y prevención de la salud, las propuestas de los servicios sociales es el concepto de Calidad de Vida. Concepto multidimensional, multirreferencial y polisémico que, en su diversidad, remite a diferentes concepciones básicas acerca de la vida durante, con y a través del envejecimiento. El concepto calidad de vida enmascara verdaderas filosofías personales y colectivas a partir de las cuales se configuran oportunidades y se ofrecen recursos y posibilidades para el desarrollo de la persona mayor

Urbano y Yuni (2002), refieren que el carácter educativo que subyace a muchas prácticas promotoras de calidad de vida que se ofrecen bajo la forma de espacios recreativos, de atención primaria de la salud o específicamente educativos (tales como cursos, talleres, grupos) convoca a distintos saberes que desde diferentes perspectivas y abordajes pretenden incidir en la calidad de vida de los adultos mayores. Así, los saberes de la psicología, las disciplinas de las ciencias médicas, la educación física, la nutrición, disciplinas no convencionales como el coaching, la programación neurolingüística, el yoga y la biodanza, convergen en sus aportes para generar un conjunto de prácticas multidisciplinarias y multi-referenciadas conceptualmente, que generalmente se engloban en el área de las acciones promotoras de calidad de vida.

Modelo de creencias en salud

El Modelo de Creencias sobre la Salud fue propuesto por Becker y Maiman en 1974. El modelo plantea que la disposición de una persona para adoptar una conducta de salud, estará determinada por dos factores: **la percepción de susceptibilidad a enfermar y la severidad percibida de la consecuencia de la enfermedad**.

Enfoque de curso de vida

El enfoque de curso de vida, ha sido desde su Concepción una perspectiva multidisciplinar, ya que se nutre desde la parte demográfica, social, histórica, psicológica, antropológica, biológica y epidemiológica para su formulación conceptual. Este enfoque da cuenta de un complejo proceso de cambios en las trayectorias vitales de la población, derivada de eventos en el contexto social e individual de cada sujeto; además de que entrelaza el tiempo histórico y

biológico para poder analizar la manera en la que estos configuran la forma de pensar, sentir y actuar. El enfoque de curso de vida se utiliza para entender los cambios en la vida de la población considerando así sucesos de larga duración, es decir, sucesos que acontecen a lo largo de la vida con un calendario y una intensidad determinada por el momento histórico que se vive y las condiciones propias de la población.

Optimización Selectiva con compensación

Basado en la optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990) que 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.

La selección se refiere al proceso de especialización de competencias conductuales que permiten al individuo continuar desarrollándose a lo largo de la vida. Implica reducción ya que restringe la vida de las personas limitando el número de competencias o áreas de funcionamiento. Pero esta limitación supone también adaptación, ya que al reducirse las demandas a las que ha de atender el individuo, se hace más fácil el manejo de las competencias seleccionadas.

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 cielo 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. En resumen, significa que el individuo se mueve en la dirección de procurar el mejor funcionamiento posible en un número concreto de áreas de la vida. La optimización es también un objetivo alcanzable en la edad avanzada, ya que, incluso habiendo comenzado el declive de las habilidades cognitivas más biológicamente determinadas, existe un sustancial remanente de plasticidad para mejorar las diversas capacidades del ser humano, incluidas las cognitivas (Baltes y Linderbergen 1988; Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1992).

La compensación hace referencia al proceso que se activa cuando las habilidades de una persona se deterioran como consecuencia de la edad o bien cuando las demandas del contexto aumentan sustancialmente y no es posible alcanzar el estándar de ejecución requerido. El empleo de las estrategias habituales, en estos casos, comportaría resultados negativos y, por ello, las personas modifican sus estrategias a fin de compensar los déficits. La compensación implica utilizar elementos de la conducta (por ejemplo, ayudas externas de memoria), de la cognición (por ejemplo, estrategias mnemotécnicas) o derivados de la tecnología (por ejemplo, ayudas protésicas). La compensación es un proceso natural que empleamos todas las personas en el transcurso de su vida y que, en la vejez, se encuentra especialmente desarrollado debido a la ventaja que supone la acumulación de experiencia y conocimientos de este grupo de edad (Dixon, 1995).

1.3 Marco Legal

Resolución 4003 de 2008

Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2.

Decreto 681 de 2022

Por medio de la cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la parte 9 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022- 2031. Siendo esta una actualización de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2015 - 2024

Ley 1251 de 2008.

Esta ley se instaura para proteger, promocionar y defender los derechos de los adultos mayores; del mismo modo, orienta las políticas relacionadas con el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y controla el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención a esta población. Adicionalmente, la ley procura que los adultos mayores sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, teniendo en cuenta sus experiencias de vida, mediante el respeto, la promoción, el restablecimiento, la asistencia y el ejercicio de sus derechos.

Artículo 46 de la Constitución Política Colombiana.

El Estado, la sociedad y la familia deben velar por la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad, además de contribuir a su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado garantizará a esta población los servicios de seguridad social integral y subsidio alimentario en caso de indigencia.

Resolución 3280 de 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Esta resolución se aplicará para fines de esta propuesta desde el momento de Vejez.

Plan Decenal en Salud Publica PDSP

El capítulo que se presenta se organiza en tres grandes apartes, el primero relacionado con la comprensión de los derechos, sus diferenciales y el abordaje integrado de los sujetos de derecho tanto individuales como colectivos. Se inicia con los sujetos para enfatizar que son el centro, la razón de ser que sustenta la acción en salud pública y por tanto quienes estructuran el sentido de lo que el país debe concretar en los próximos diez años, a través del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022 – 2031

2. JUSTIFICACIÓN

Es cierto que la Gerontología es la disciplina que estudia el proceso de envejecimiento y todos los fenómenos asociados a este. Trata de observar y analizar a la persona envejeciente desde el punto de vista ecológico, biológico, psicológico, social y espiritual, además de brindar una atención a través de la gestión, promoción y prevención de eventos en pro al envejecimiento activo y saludable.

De acuerdo a lo anteriormente establecido se puede dar cuenta que tan importante es que la gerontología esté presente en las unidades de primer nivel de atención a la salud, así mismo reconocer las acciones que puede realizar en concordancia a un equipo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de la persona envejeciente.

El envejecimiento poblacional que se vive en nuestro país, obliga a realizar una serie de acciones para mantener la funcionalidad de los adultos mayores. Éstos, en un número significativo de casos, presentan comorbilidades que son consecuencia del estilo de vida llevado en etapas tempranas de la vida impactando de manera negativa en su salud. En las personas adultas mayores se reconoce que el estado de salud y funcionalidad dependen de diversos factores más allá de la simple presencia de sus padecimientos, tanto agudos como del tipo crónico no transmisible. Dada tal situación, la valoración holística de la persona adulta mayor, requiere de un análisis profundo y especializado de los componentes que integran el proceso salud-enfermedad, esto con la finalidad de obtener una visión panorámica del proceso del envejecimiento.

Es por ello, que el propósito esta propuesta parte desde la intervención en salud, en informar acerca de la importancia de la atención gerontológica a partir de una propuesta de atención

implementada, desde un enfoque gerontológico; que permita identificar las necesidades de salud de la población senescente y, por ende, proponer estrategias de intervención y atención que les permitan tener una mejor calidad de vida. La atención gerontológica mejorara la calidad de vida de las personas adultas mayores, su dinámica familiar y las relaciones sociales, además de dignificar su vida.

Actualmente, Colombia se clasifica en un estadio avanzado de transición demográfica y en una etapa moderada de envejecimiento, con un 10 % de su población en el grupo de edad de 60 años o más. Se espera que, en las próximas décadas, el peso relativo de las personas mayores dentro de la población total del país aumente de manera sustancial. Este envejecimiento de la población tiene importantes implicaciones en cuanto a la demanda de servicios y bienes sociales para la población mayor, y le plantea retos al Estado colombiano, que debe suplir esa demanda.

Según proyecciones de la población en el 2020 en Colombia se estimaba que del total de la población 6.808.641 eran personas adultas mayores; siendo el Departamento del Quindío quien cuenta con más participación de adultos mayores siendo un 19.2% sobre el total de la población del departamento.

Donde 3.066.140 (45%) son hombres y 3.742.501 (55%) son mujeres. Al observar la población total se evidencia que el 51% son mujeres y el 49% son hombres.

22.945 personas tienen más de 100 años de edad. De ellas, 8.521 son hombres y 14.424 son mujeres.

De las cuales el 49,3% de las personas adultas mayores reportaron como nivel educativo más alto alcanzado la primaria. Este porcentaje es de 31,1% en el total (5 años y más). 14,2% de las

personas mayores no alcanzó ningún nivel educativo. Este porcentaje es de 4,7% en el total. El 10,2% de la población logra alcanzar el nivel superior de la educación, frente a 19,7% en el total.

Demográficamente en Colombia se evidencia un cambio progresivo y acelerado en su pirámide poblacional, actualmente es uno de los países latinoamericanos clasificado en un estadio avanzado de transición demográfica y en una etapa moderada de envejecimiento. Lo anterior determina un aumento progresivo de la población de 60 años y más. Se estima que para el 2050 habrá 14,1 millones de adultos mayores; es decir, el 23% de la población corresponde a este grupo etario, teniendo como consecuencia el aumento de los costos sociales y económicos por la gran demanda no solo en el ámbito de la salud, donde se incrementa la atención de enfermedades crónicas degenerativas, sino por el cuidado a nivel social, en el que se requiere una transformación de los sistemas gubernamentales y contextuales para asegurar el bienestar de estos grupos etarios, en el proceso de envejecimiento poblacional, Colombia ha incrementado su nivel de dependencia de una manera importante.

Debido a esto, se considera de suma importancia el rol del Gerontólogo en el primer nivel de atención en salud ya que este permite brindar una atención personalizada desde un enfoque preventivo y de promoción a la salud; que involucre estrategias de evaluación, atención y seguimiento de las alteraciones biopsicosociales del sujeto envejeciente.

Finalmente, la implementación de esta estrategia básica de atención primaria para las personas mayores representará un beneficio no sólo para las buenas prácticas gerontológicas. Sino

también, por la conformación de equipos multidisciplinarios qué desde su campo de actuación promuevan el envejecimiento saludable.

3. OBJETIVOS

3.1 General

Desarrollar una adecuada Intervención Gerontológica Para Personas Mayores Del Programa De Riesgo Y Alto Riesgo Cardiovascular Del Centro De Salud Piloto Uribe, Armenia

3.2 Específicos

- Caracterizar a la población adulta mayor usuaria del centro de salud en RCV.
- Brindar educación en salud frente a sus patologías, para incentivar la adherencia de tratamientos, el envejecimiento saludable y cuidado de la salud en casa.
- Fortalecer el apoyo mutuo del usuario, los cuidados, la participación, mediante la Conformación de grupos de autoayuda de acuerdo a sus patologías y necesidades en salud.
- Diseñar protocolos de preconsulta y post consulta
- Favorecer la reevaluación de los pacientes durante la consulta.

4. METODOLOGÍA

Para la construcción y el desarrollo se utilizarán las siguientes herramientas:

Una matriz DOFA (acrónimo de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas) consiste en una evaluación de la capacidad interna de una organización para definir su estrategia y también todos los factores que podrían afectar el logro de sus objetivos.

Según Dyson (2004), el análisis FODA (también conocida como DOFA, FODA, MAFE en español y SWOT en inglés) es una de las técnicas más empleadas en la planeación estratégica, en especial para la determinación de la posición estratégica de la empresa (Hill, 1997). Por lo demás, es una importante herramienta de apoyo para la toma de decisiones generalmente usada para analizar sistemáticamente los ambientes interno y externo de una organización (Kangas et al., 2003; Kotler, 2000; Stewart et al., 2002).

Gerontagogía.

La Gerontagogía es el ejercicio educativo dirigido a la población adulta mayor. Se considera una práctica educativa que posibilita a las personas que se encuentren en períodos avanzados de existencia, seguir aprendiendo acorde a sus características específicas tanto de orden biológico, como psicosocial y tiene por fin proporcionar a la persona mayor, elementos que aporten a un mejor modo de vida. Las personas mayores tienen algunas características para desarrollar el proceso de aprendizaje: mayor disposición cuando el tema se ajusta a sus roles y necesidades, cada persona aprende a su propio ritmo y solamente lo que le sirve, aprende más fácil a través de la práctica, aplica lo aprendido a las situaciones de la vida diaria; es la misma persona quien construye el conocimiento.

En el aprendizaje adquirido mediante estrategias gerontagógicas, la persona se responsabiliza de su propio aprendizaje mediante la práctica.

La formación que reciben los participantes de este modelo de aprendizaje les permite, tener un reconocimiento y a la vez ser participativos del entorno familiar, social y político.

Así mismo se empelarán las estrategias de persuasión en salud y acción razonada.

Modelo Humanístico-interpretativo de Yuni y Urbano

Yuni y Urbano (2005) en los modelos de educación de las personas mayores, refiere que este, se interesa en los significados que los sujetos otorgan a la educación. Su concepción gerontológica se apoya en los postulados de la teoría de la actividad, de la psicología del ciclo vital, el psicoanálisis y el interaccionismo simbólico. Los defensores de este modelo educativo sostienen que la educación tiene un papel importante en tanto facilita un nuevo proceso de socialización que permite a los mayores prepararse o fortalecerse para el desempeño de los roles sociales propios de su lugar social, e incluso porque brinda la posibilidad de nuevo rol: el de estudiantes. El objetivo es la autoactualización de la persona mayor. El educador se entiende como un facilitador y el conocimiento experiencial ocupa un lugar de privilegio. El peso de este modelo está puesto en la persona que aprende. Por eso se habla de educación de mayores y entre mayores.

5. POBLACIÓN

5.1 Beneficiarios Directos

Son muchas las personas mayores que se podrían ver beneficiadas con esta propuesta, sin embargo, es inviable agrupar a un número elevado de personas, ya que no se podrán satisfacer las necesidades de todas ellas. Por lo tanto, para llevar a cabo esta propuesta, se delimitará un número reducido de usuarios, en torno a 30 personas mayores pertenecientes al programa de Riesgo y Alto Riesgo Cardiovascular (RCV), asistentes al Centro de salud Piloto Uribe de Armenia, con el fin de brindar la atención necesaria respondiendo a las necesidades que se planteen, así como mantener el eje rector de la experiencia.

5.2 Beneficiarios Indirectos

- Acompañantes, Cuidadores formales e informales de personas mayores
- Red Salud Armenia

6. CONTEXTUALIZACIÓN

Armenia es la capital del departamento del Quindío y se encuentra rodeada por la cordillera de los Andes. Se considera una de las principales ciudades del Eje Cafetero colombiano.

La ciudad está situada en las coordenadas 4,5170 ° de latitud norte, 75,6830 ° oeste, a 290 kilómetros al oeste de Bogotá. Su fundación data de1889 y su economía se ha basado en la agricultura, lo que permitió un desarrolló considerable entre los años 1920 y 1980, gracias

a la bonanza cafetera, de donde surgió el apelativo “Ciudad Milagro”. Armenia es uno de los principales centros comerciales y turísticos del occidente colombiano.

El Quindío, por su parte, es el departamento con el nivel más alto de envejecimiento en el país, es decir donde más adultos mayores residen, así lo reveló el Dane al dar a conocer las cifras de censo de población del 2018. El director del Dane Juan David Oviedo explicó que en el Quindío por cada 100 personas hay 72,29 mayores de 65 años de edad y 103 mayores de 60 años de edad. Agregó que en su mayoría la población adulta mayor corresponde a situación de vulnerabilidad, abandono y habitantes en condición de calle que requiere de una política pública para su oportuna atención.

Figura 1. Mapa digitalizado de Armenia.

Fuente: Sociedad geográfica de Colombia, Atlas de Colombia, IGAC (2002).

Red Salud Armenia

La Empresa Social del Estado, Red Salud Armenia, está ubicada en el Municipio de Armenia, Departamento del Quindío, fue creada en el año 1998 mediante el Acuerdo 016 del Honorable Concejo Municipal, como una entidad pública descentralizada del orden Municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, encargada de prestar servicios de salud de baja complejidad. Contamos con una amplia infraestructura física, los cuales están distribuidos estratégicamente en todo el Municipio, lo que nos permite tener mayor cobertura y estar más cerca de nuestros usuarios. Disponemos además de equipos de salud extramurales que facilitan el acceso a los servicios a la comunidad y favorecen el incremento de coberturas de atención.

Red Salud Armenia ESE sobrepone la rentabilidad social a la económica, lo que nos ubica hoy como la empresa de servicios de salud de mayor impacto en el Departamento del Quindío y nos consolida como "La Red que cuida de ti"

Misión

Prestar servicios de salud humanizados como prestador primario, aportando al desarrollo de la región a través de las prácticas formativas y las buenas prácticas clínicas de investigación en salud.

Visión

En el año 2024 será reconocida por la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud en el Municipio, Contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua.

Principios

- ✓ Mejoramiento continuo.
- ✓ Universalidad.
- ✓ Confidencialidad.
- ✓ Comunicación.
- ✓ Orientación al objetivo.
- ✓ Flexibilidad.

RED PRESTADORA DE SERVICIOS

Para la prestación de los servicios de salud, Red Salud Armenia E.S.E. cuenta con infraestructura física, distribuida geográficamente en toda la ciudad, con una red de servicios en su área de influencia en el área urbana y rural con servicios habilitados para la intervención extra e Intramural con actividades individuales y colectivas en el marco del Modelo de Atención Primaria en Salud y la estructuración de redes integradas de servicios de salud.

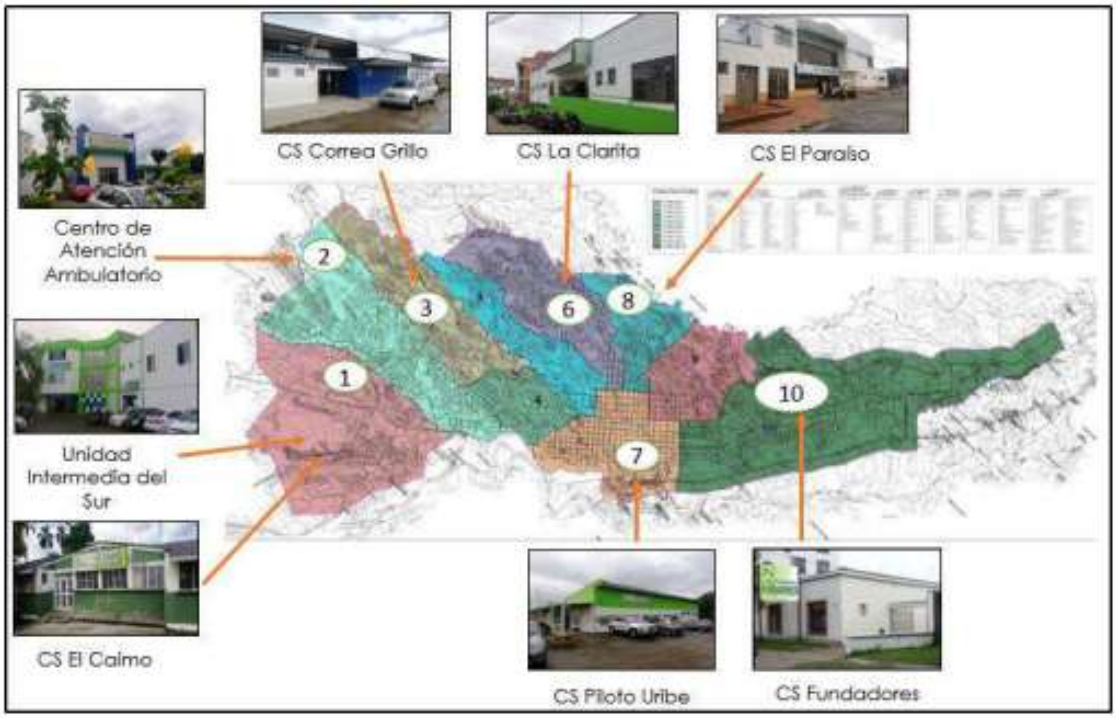


Figura 2. Mapa digitalizado con la distribución de los centros de Atención de Red Salud Armenia

Fuente: Website Red Salud Armenia E.S.E (2022)

Centro de Atención y su área de influencia

Zona Sur: Cubre las comunas 1, 2 y 3 con los siguientes centros de salud:

- ✓ CAA del Sur
- ✓ Unidad Intermedia del Sur
- ✓ Caimo
- ✓ Correa Grillo

Zona Norte; Cubre las comunas 9 y 10 con los siguientes centros de salud:

- ✓ Fundadores

Zona Occidente: Cubre las comunas 5, 6 y 8 con los siguientes centros de salud:

- ✓ La Clarita
- ✓ El Paraíso

Zona Oriente: Cubre las comunas 7 y 4 con los siguientes centros de salud:

- ✓ Piloto Uribe

Centro de Salud Piloto Uribe

Ubicada en el Barrio Rincón Santo, antigua estación de Policía, Cl. 25 #10-11 #10-73 a, Armenia, Quindío

Figura 3. Mapa digitalizado de la ubicación del Centro Piloto Uribe

Fuente: Google Maps

Figura 4. Fotografía de la planta física del Centro de Salud Piloto Uribe de Armenia

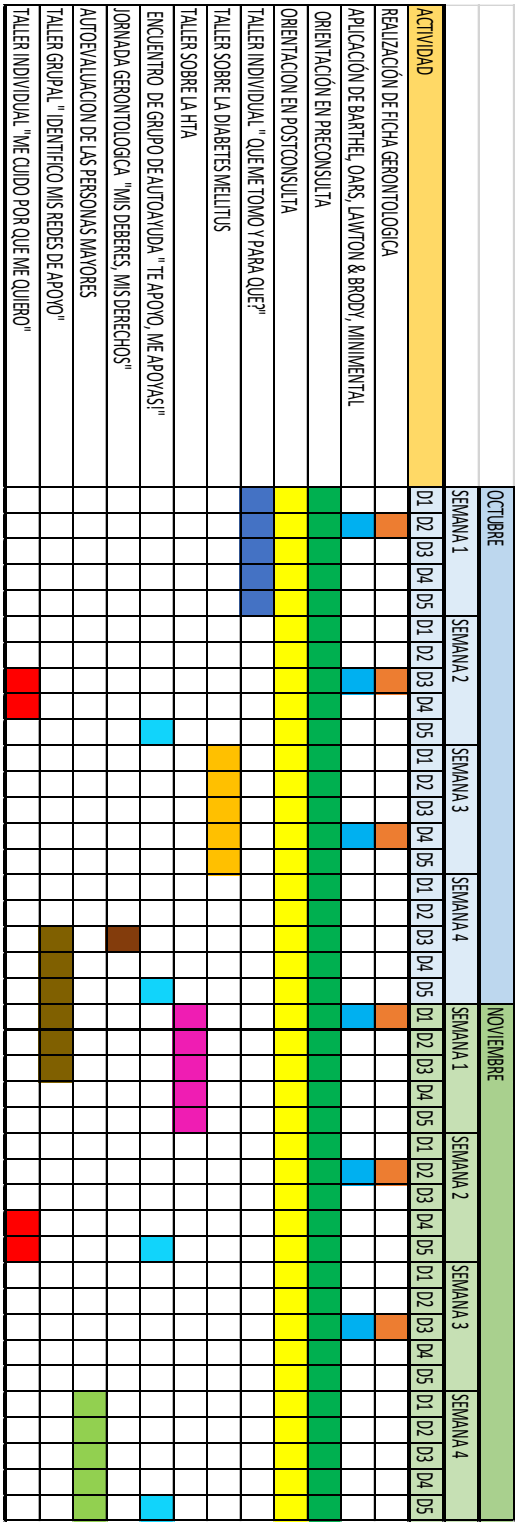
Fuente: Google Imágenes

Servicios que se prestan en este centro:

Consulta externa: enfermería, medicina general, odontología y medicina del trabajo y medicina laboral. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: toma de muestras de laboratorio clínico, servicio farmacéutico, toma e interpretación de radiografías odontológicas, tamización de cáncer de cuello uterino. Protección específica y detección temprana. Procesos: esterilización.

7. PLAN DE ACCIÓN

Acompañamientos y seguimientos sesiones socioeducativas grupales e individuales.



8. PRODUCTOS Y RESULTADOS

8.1 Productos

Dentro de los productos que se elaboraron se encontraron plegables con información de interés y tips de ayuda, carteleras informativas e incluyentes y audios con información.

8.1.1 Desarrollo

Durante la ejecución del programa, en el CS Piloto Uribe de Armenia, se realizaron una serie de actividades y consultorías que permitieron acercarnos a la población no solo de personas mayores sino a todo aquel que perteneciera al programa de riesgo cardiovascular.

De tal manera que durante nuestros encuentros tanto grupales como individuales, se le permitió al usuario adquirir, despejar y conocer más sobre su patología, lo cual motivo a los mismos a cambiar sus hábitos y estilos de vida de tal manera que con sus recursos pudieran ayudar al tratamiento impartido por el médico tratante, a controlar, sostener y en algunos casos a desaparecer dichas patologías (esto en el caso específico de las dislipidemias) trabajando mediante la educación y ejercicios gerontagógicos.

En el transcurrir de las dos primeras semanas con apoyo del personal asistencial, se logra captar a un grupo de usuarios pertenecientes a dicho programa con los cuales se inició con la realización de toma de datos para la inclusión al programa, la aplicación de instrumentos tales como: Barthel; Lawton y Brody; Mini mental; OARS.

Con los cuales se pudo evidenciar, si poseían algún grado de dependencia en las AVD, AIVD, Dimensión Cognitiva y de Red de Apoyo.

En un segundo encuentro previamente agendado, se procedió a explicarle al usuario los resultados arrojados por los instrumentos, que significaba y que se iba a trabajar en las siguientes sesiones las cuales permitirían mejorar las falencias detectadas.

Cabe resaltar que los usuarios que participaron en la ejecución de este programa pasaron previamente por un filtro para determinar su viabilidad en el mismo.

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados arrojados por los instrumentos se procedió a crear un plan de trabajo de manera individual con cada usuario en donde además de tener sesiones socioeducativas, permitió que estos reconocieran y accedieran a los servicios que el centro de salud ofrece, sino que también les permitió tener un acercamiento con el personal médico, a reconocer y comprender que lo que padecen tiene tratamiento y que con la colaboración de ellos sumado a los tratamientos médicos se podía llevar una vida plena, saludable y feliz; generando en ellos una buena aceptación y adherencia al tratamiento.

En el transcurrir de los encuentros se logró la conformación del primer grupo de autoayuda, el cual se dividió en dos jornadas debido a la cantidad de asistentes, en donde inicialmente se les explico el por qué se los había citado, cuál era el objetivo de ese grupo y se procedió a confirmar su permanencia en este. Teniendo así una gran aceptación en ambas jornadas lo cual género en los usuarios motivación para seguir en el programa, compromiso y dedicación. Generando y fortaleciendo redes de apoyo mutuo entre usuarios con patologías similares.

Es importante destacar que la creación de estos grupos de autoayuda, a generado en los asistentes la necesidad de conocer como otros han manejado las patologías que padecen, que no les

ha funcionado, que sí, que consejos pueden recibir, formar nuevos círculos de amistad y conocer realidades totalmente diferentes a los que ellos conocen.

Presentándose a su vez en el transcurso de las sesiones diversos casos de alta complejidad que generaron en la profesional grandes retos.

Entre ellos la historia de 4 miembros de una familia (Madre, Padre, Hija y Hermana de la Madre) todos personas mayores en RCV la cual presentaban una compleja situación, en donde mediante la aplicación del instrumento Zarith que evalúa la sobrecarga del cuidador, se evidenció una sobrecarga excesiva debido a la alta demanda de acompañamiento y atención que generaban dos de los miembros de este núcleo, uno de ellos con disminución de la movilidad, hemiplejía izquierda, desnutrición, hipertensión arterial; el segundo con disminución moderada a severa de la capacidad auditiva y visual debido a su avanzada edad (85 años), la falta de recursos económicos suficientes para el sostenimiento de los requerimientos diario de ambos, y el desconocimiento de algunos servicios o programas que benefician al usuario. En este caso se logro activar la ruta de atención domiciliaria con la usuaria con disminución de la movilidad……, logrando un leve alivio para quienes proporcionaban el cuidado de este.

Otro caso que cabe destacar que, aunque por cuestiones de criterios previos de inclusión y exclusión no podía participar directamente en el programa, se logró captar su atención especialmente por la empatía que genero con la profesional y su facilidad de comunicación a pesar de poseer una discapacidad auditiva congénita, la cual no fue obstáculo para hacerse entender y poder participar de muchas de las actividades que se realizaron.

Por otro parte se contó también con el apoyo de familiares de algunos usuarios mayores quienes permanentemente acompañaron y apoyaron todo el proceso con sus familiares, brindándoles seguridad y confianza, generando en ellos tranquilidad de saber que cuentan con ellos.

También en el transcurso de las semanas y logrando un acercamiento más profundo con los usuarios y su entorno familiar se logro identificar un llamado de auxilio por parte de una usuaria de 71 años a quien por comentarios manifestados por ella durante los encuentros, llamando de manera alarmante la atención. Por lo cual se procedió a aplicar el instrumento de Yessavage el cual mide el nivel de depresión arrojando un puntaje de 13/15 lo cual necesito la remisión al servicio de urgencias, adicional a esto ella manifestó que intento quitarse la vida en varias ocasiones, generando la pronta activación de rutas de salud mental.

Por otro lado, con el apoyo de los practicantes del INEC se socializo no solo con los usuarios asistentes al programa sino con todo aquel asistente al centro, charlas socioeducativas sobre hipertensión, diabetes, dislipidemia, la importancia de asistir a los controles y las citas asignadas.

Cabe resaltar que la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios participantes era mínima presentando dificultades en la toma de medicamentos, en la asistencia a los respectivos controles, a la comprensión y aceptación de su o sus patologías, pero a medida que fueron asistiendo a las consultas con la Gerontóloga sus percepciones fueron cambiando de tal manera que les permitió realizar modificaciones que mejoraron significativamente su calidad de vida y el estado de su salud.

8.2 RESULTADOS Y ANALISIS POR OBJETIVOS

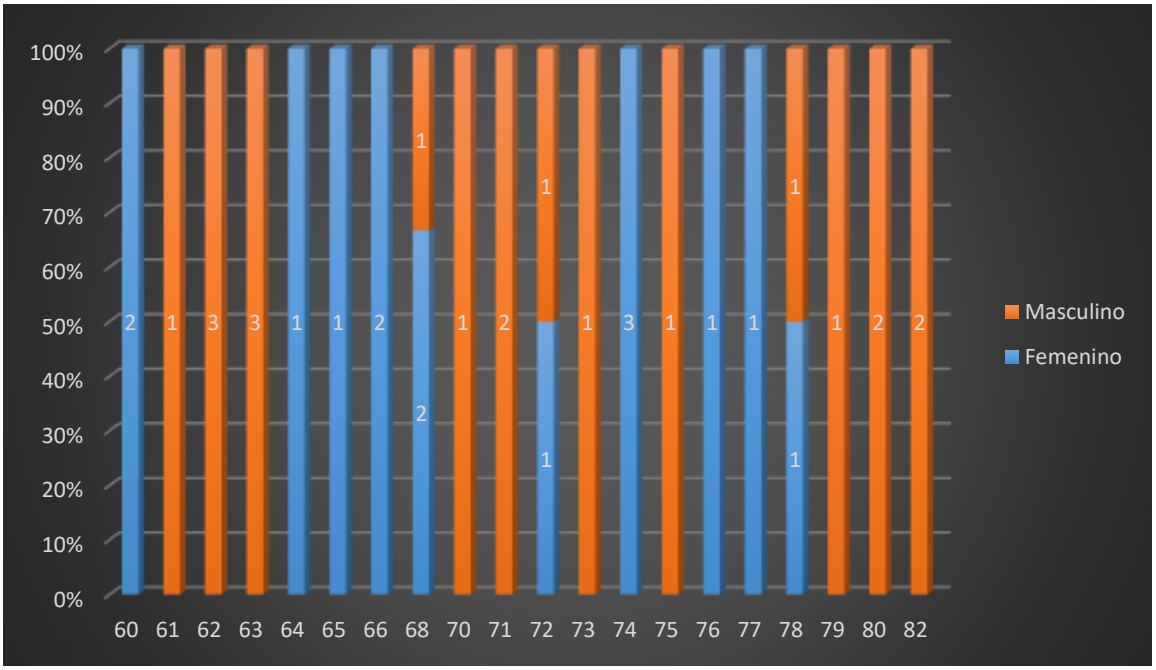
Los resultados que se obtuvieron, son un claro ejemplo de la importancia y la necesidad de un profesional en gerontología en los centros de primer nivel de atención en salud, quienes apoyados en la normativa y en las rutas enmarcadas en la 3280, permiten a los usuarios tener un mejor acceso a los recursos ofrecidos por estos establecimientos, a mejorar mediante la educación sus hábitos y estilos de vida, a confirmar que los estigmas que hay frente al proceso de envejecimiento están equívocos y que si es posible llegar y llevar un envejecimiento activo y saludable.

RESULTADOS OBJETIVO 1.

CARACTERIZAR A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR USUARIA DEL CENTRO DE SALUD EN RCV

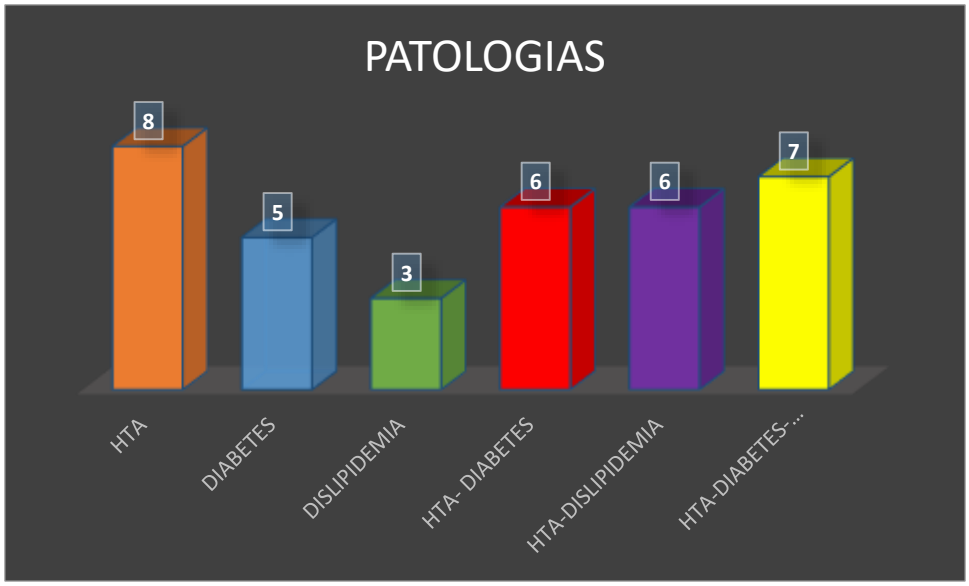
Luego de la valoración descrita en la metodología se encontró que las personas usuarias al Centro de Salud Piloto Uribe que pertenecen al programa de riesgo cardiovascular, se caracterizó de la siguiente manera:

GRAFICA 1. SEXO Y EDAD



Para la ejecución de este programa se contó con la participación de 15 mujeres y 20 hombres, entre los 60 y 82 años, como lo evidencio en la siguiente grafica.

GRAFICA 2. PATOLOGIAS



Se encontró que 8 de los adultos mayores presentan hipertensión arterial. La presión arterial alta (hipertensión) es una afección frecuente en la que la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias con el transcurso del tiempo es lo suficientemente alta como para poder causar problemas de salud, como una enfermedad cardíaca. La presión arterial está determinada tanto por la cantidad de sangre que el corazón bombea como por el grado de resistencia al flujo de la sangre en las arterias. Cuanta más sangre bombea el corazón y cuanto más estrechas están las arterias, mayor será la presión arterial. Encontramos 5 Personas Mayores con diabetes; La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 2, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina. En las últimas tres décadas, la prevalencia de la diabetes tipo 2 ha aumentado drásticamente en países de todos los niveles de ingresos. Para las personas que viven con diabetes, el acceso a un tratamiento asequible, incluida la insulina, es fundamental para su supervivencia.

También se encontró a 3 usuarios que padecen dislipidemia; La dislipidemia o hiperlipidemia es un término que empleamos para definir el aumento de la concentración plasmática de colesterol y lípidos en la sangre, y es una condición que se encuentra asociado al desarrollo de una gran cantidad de padecimientos crónico degenerativos como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, infarto agudo al miocardio, eventos vasculares cerebrales y otros, los cuales están implicados en una diminución en el tiempo y calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

Llama mucho la atención que mas del 50% de la población trabajada padece dos o más de las patologías descritas.

INSTRUMENTOS

INDICE DE BARTHEL & LAWTON Y BRODY

Teniendo en cuente que el índice de Barthel valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Lawton & Brody valoran las actividades instrumentales de la vida diaria son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización permite que una persona pueda ser independiente dentro de una comunidad. La aplicación de estos instrumentos arrojo que los 35 participantes poseen un grado de independencia total en cuanto a las habilidades de la vida diaria y las instrumentales se refiere.

ESCALA OARS

La escala OARS evalúa los recursos sociales de las personas mayores en seis grupos, desde excelentes recursos (relaciones satisfactorias, existe al menos una persona que cuidando

indefinidamente) a recursos sociales totalmente deteriorados (relaciones insatisfactorias, de baja calidad y no tiene ayuda).En este caso esta escala arrojo que 25 de los participantes cuentan con excelentes o buenos recursos sociales; mientras que 8 de ellos cuentan con recursos sociales ligeramente deteriorados, las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pero al menos una persona cuidaría de ellos indefinidamente. Y finalmente 2 de los participantes cuentan con recursos sociales bastante deteriorados las relaciones sociales son satisfactorias y pocas y la ayuda que obtendrían sería momentánea.

RESULTADOS OBJETIVO 2.

BRINDAR EDUCACIÓN EN SALUD FRENTE A SUS PATOLOGÍAS, PARA INCENTIVAR LA ADHERENCIA DE TRATAMIENTOS, EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y CUIDADO DE LA SALUD EN CASA.

Para Yuni y Urbano (2005) en los modelos de educación de las personas mayores, refiere que este, se interesa en los significados que los sujetos otorgan a la educación. Su concepción gerontológica se apoya en los postulados de la teoría de la actividad, de la psicología del ciclo vital, el psicoanálisis y el interaccionismo simbólico. Partiendo de esto, se logró incentivar en los usuarios una adherencia no solo al tratamiento impartido por el profesional de salud, sino que adicionalmente se generó una adherencia al programa de gerontología, dando así la oportunidad a los usuarios de acercarse, conocer aprender y aplicar conocimientos partiendo desde sus saberes previos.

Implementando acciones que permitieron a lo largo del proceso que se llevó a cabo con cado uno de ellos realizando actividades tanto dentro del programa como de las actividades que se

enviaron para realizar en casa en donde ellos compartieron con sus familiares amigos y conocidos lo que ellos aprendieron en los encuentros y demostrando así que si se puede vivir con calidad sin importar los recursos con los que cada uno cuenta, esto logrado a través de la educación y modificación de algunas creencias en salud arraigadas en muchos de ellos.

Esto se pudo lograr gracias a sesiones socioeducativas tanto individuales como grupales, en donde se tocaron temas como que es la Hipertensión, Que es la diabetes y sus tipos, estilos de vida saludables, alimentación balanceada, que me tomo y para que,

SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA

SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/10/11 07:22

SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/10/11 15:20

SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/10/12 09:54

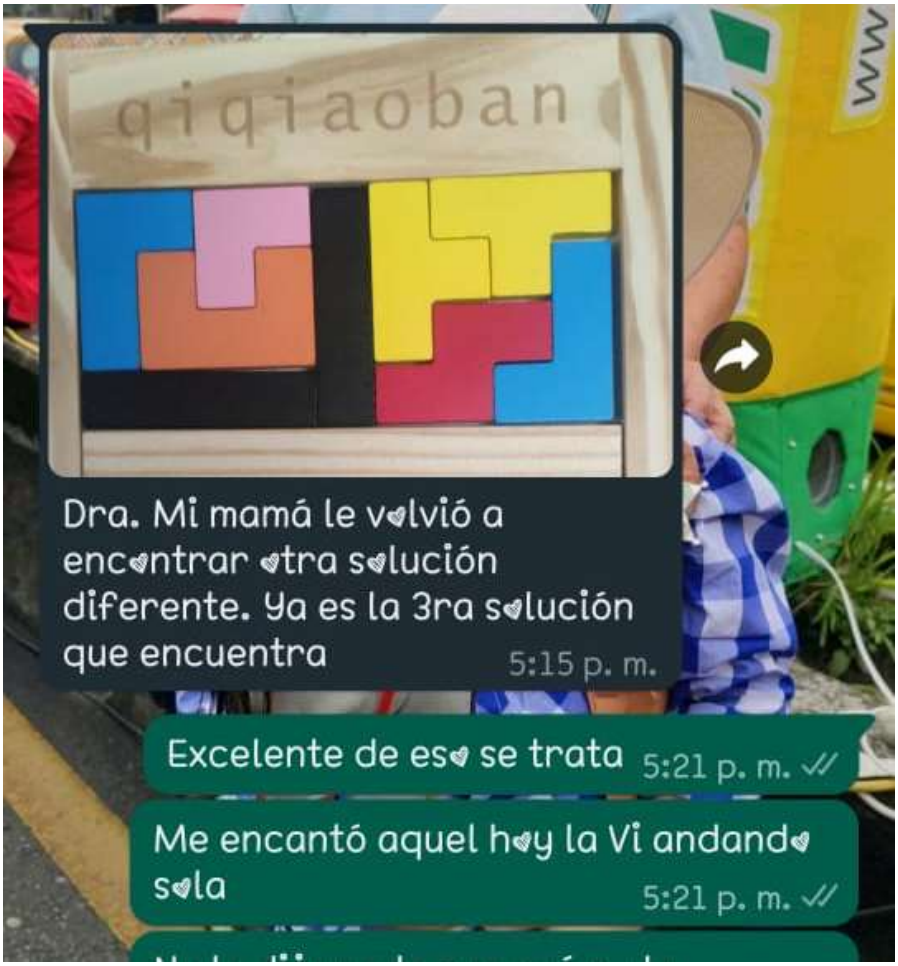
ecognitiva
SHOT ON MI 9 LITE
A DUAL CAMERA
2022/10/13 09:26

SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/10/18 12:16

COLOMBIA
SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/11/2 07:48

SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/10/26 14:54

SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/10/26 14:55


qiqiaoban
Dra. Mi mamá le volvió a encontrar otra solución diferente. Ya es la 3ra solución que encuentra
5:15 p. m.
Excelente de eso se trata
5:21 p. m.
Me encantó aquel hoy la Vi andando sola
5:21 p. m.

RESULTADO OBJETIVO 3.

FORTALECER EL APOYO MUTUO DEL USUARIO, LOS CUIDADOS, LA PARTICIPACIÓN, MEDIANTE LA CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE AUTOAYUDA DE ACUERDO A SUS PATOLOGÍAS Y NECESIDADES EN SALUD.

Los grupos de autoayuda se consideran una importante alternativa para quienes, han salido de un proceso de tratamiento, rehabilitación y requieren de un constante apoyo para el adecuado mantenimiento de su salud; cuyas acciones se encuentran enfocadas y organizadas de manera participativa; posibilitado el funcionamiento de este y a su vez el de cada uno de sus integrantes. Los grupos de autoayuda, en general funcionan autónomamente, al margen de los grupos profesionales y no están limitados en el tiempo.

En cumplimiento con este objetivo, se conformaron dos grupos de autoayuda, en donde se fomentó el apoyo mutuo entre usuarios, generando espacios de esparcimiento y creando nuevas relaciones interpersonales entre ellos, aprendiendo mediante la educación y las experiencias propias, como a sido el estar con dicha patología, en donde se trabajaron temas de interés, conociendo sobre sus patologías, que son los hábitos y estilos de vida saludables, a como tener buenos hábitos de alimentación con lo que tienen en su canasta familiar, a conocer sus derechos y sus deberes en salud y dentro del CS piloto Uribe.

El hecho de compartir un problema central en este caso una patología ayuda a definir el status del grupo de autoayuda teniendo en cuenta las numerosas diferencias entre cada individuo; En este sentido Silverman (1970), considera que entre las principales características de los grupos de autoayuda esta, que la ayuda mutua no solo surge de la experiencia común de un mismo problema sino también de los sentimientos similares acerca de ese problema, y

de las experiencias comunes de conflictos aparecidos como consecuencia del malestar generado. Para este autor, la experiencia común es el concepto fundamental que distingue la experiencia de la autoayuda de otros intercambios de ayuda.

:

Feliz Día
SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/10/21 08:34

2022/10/21 09:00

Aspectos abordados por los grupos

- ✓ Apoyo emocional.
- ✓ Intercambio de experiencias comunes.
- ✓ Intercambio de información, educación y consejos.
- ✓ Genero una reestructuración cognitiva.
- ✓ Promovió sentimientos de control, autoconfianza y autoestima.

En este sentido el grupo amplio su rango de percepciones alternativas de los problemas y de las acciones disponibles para manejarlos. De tal forma que al considerar los problemas desde una perspectiva distinta y al adoptar formas de afrontamiento nuevas y efectivas, la persona comienzo a percibirse como un individuo capaz de manejar las circunstancias que le rodean, incrementando a si los sentimientos de valía personal.

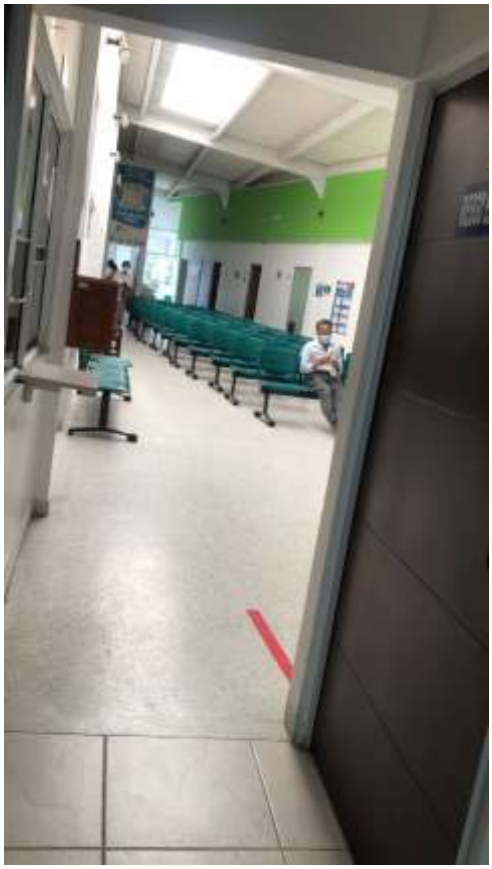
Principalmente al ver la ausencia de estos se creó y se dio inicio a los grupos de autoayuda del centro de salud.

Gracias a esto los participantes del grupo de autoayuda comprendieron, y se apropiaron de sus patologías, pudiendo brindar a sus otros compañeros de grupo vivencias y/o experiencias que les han funcionado desde que conocen su diagnóstico.

RESULTADO OBJETIVO 4.

DISEÑAR PROTOCOLOS DE PRECONSULTA Y POST CONSULTA

Para el cumplimiento de este objetivo, se requirió del apoyo del personal médico y asistencial del centro de salud, en donde previo a las consultas con los médicos los usuarios ingresaban a el espacio proporcionado para la gerontóloga en donde se le permitió al usuario aclarar y organizar los requerimientos que le solicitaría a el medico en la consulta generando así una mejor atención, agilidad y claridad; adicional a esto genero descongestión en el servicio de consulta externa del centro de salud.



Por otro lado, en post consulto se orientó al usuario sobre lo que el médico tratante le envió se despejaron dudas que pudieron quedar sin resolver posterior a la atención medica brindada al usuario frente a su patología.

Los protocolos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado

Los protocolos de pre-consulta y post-consulta, consistieron en una serie de pasos a seguir con los usuarios asistentes al centro de salud, que se dirigían a citas medicas en este; de tal manera que antes de ingresan a la consulta, eran direccionados al consultorio del Gerontólogo, en donde este en un dialogo corto con el paciente le explicaba de que se trataba la preconsulta

y le ayudaba a organizar los requerimientos que lo llevaron a solicitar la cita de tal manera que al momento de asistir a la consulta programa el usuario tenia claro lo que necesitaba. Al culminar con la consulta y en la entrega de las indicaciones que le ordeno el médico, el Gerontólogo le explica al paciente que le envió el médico como debe realizar el tratamiento y despeja dudas o inquietudes sobre este que no quedaron resueltas durante la consulta. A esto se le llama post-consulta.

La ejecución de este protocolo represento para el centro de salud, agilidad, descongestión de la sala de espera, facilito y optimizo los tiempos de consulta, mejoro la atención y genero satisfacción por parte de los pacientes al poder ser atendidos sus requerimientos, generando un impacto positivo tanto para los usuarios como para el personal asistencial del Centro de Salud.

Durante este proceso se logró realizar 1757 preconsultas y 1117 post consultas a lo largo de este proyecto.

Se genero una descongestión del servicio de consulta externa del mas del 55% en horarios pico y mas del 75% de los usuarios manifestó haber comprendido las indicaciones y procedimientos que se le ordenaron en consulta

RESULTADO OBJETIVO 5.

FAVORECER LA REEVALUACIÓN DE LOS PACIENTES DURANTE LA CONSULTA.

En este objetivo se logró la reevaluación de los usuarios del programa de riesgo cardiovascular, del cual, se obtuvo, la mejora del plan de tratamiento de 8 de ellos, la suspensión de medicamentos a 5 de ellos y la continuación del mismo esquema para los restantes

participantes. Entendiendo que las reevaluaciones deben realizarse en intervalos regulares durante el proceso de estudio con el propósito de identificar y tratar cambios en el estado general del usuario.

Este proceso se pudo llevar a cabo gracias a que, durante los encuentros con los usuarios en la indagación sobre sus hábitos y estilos de vida, manifestaban situaciones que indicaban que era necesario intervención por parte del médico tratante, para evitar situaciones que colocaran en riesgo el estado de salud y la calidad de vida del usuario.

También se logro una red dentro del centro de salud tanto con los médicos como con las auxiliares ya que durante las reuniones del comité interdisciplinario liderado por la jefe Yolanda Coordinadora del Centro de salud, se pudo tocar temas puntuales con algunos pacientes claves que requerían una revaloración por parte de los médicos.

Esto a su vez permitió que los médicos reconocieran la importancia de esta y la necesidad de un profesional en gerontología que permita la identificación temprana de señales que manifiestan los usuarios y que por motivos de tiempo no se logran percibir en las consultas.

9. CONCLUSION

Durante el transcurrir del año 2022 en el Centro de Salud Piloto Uribe se logró identificar la imperiosa necesidad de que exista un profesional en Gerontología.

Durante el tiempo de ejecución se logró obtener una significativa mejora en la adherencia a los tratamientos impartidos por los médicos, una mejor comprensión y aceptación de sus

patologías generando desde la educación una mejora en su calidad de vida. También fortaleció lazos de confianza y empatía con el personal asistencial del mismo, lo cual permitió que el usuario saliera satisfecho y con todos sus requerimientos cumplidos, facilitando así la atención.

Se genero un vínculo de aceptación y aprobación hacia el ejercicio gerontológico desarrollado durante este tiempo permitiendo a los usuarios conocer y vincularse a las actividades que se realizaron desde la gerontología, a su vez permitiendo la conformación de los grupos de apoyo o autoayuda del programa de riesgo cardiovascular, al mejoramiento de sus capacidades evaluadas previamente mediante la aplicación de instrumentos de valoración.

El envejecimiento activo es una actitud vital y positiva, pero que también implica incorporar conocimientos y experiencias. Hoy en día se constituye en un reto profesional, social y personal donde se está seguro que desde la aplicación del modelo se contribuye a la mejora de la calidad de vida de las Personas Mayores.

Es evidente la acogida de los grupos de autoayuda entre los usuarios y lo que ello ha representado.

El ejercicio ha permitido articular contenidos de espacios académicos para las intervenciones en la entidad, a nivel individual, familiar, colectivo y domiciliario.

La educación en salud es muy importante para promover modificación en hábitos que no son saludables, así como favorecer la adherencia a los tratamientos, mejora el autocuidado, atender a las personas en familias con sus cuidadores, propicia una mejor comprensión de las patologías y la importancia de seguir sus recomendaciones.

Ofrecer un espacio de Gerontología dentro de la entidad ha generado dentro del equipo interdisciplinario el reconocimiento del Gerontólogo como un apoyo definitivo para los usuarios adultos mayores y sus familias, al punto de ser referidos los pacientes desde Enfermería y Consulta Médica.

Permitió que se detectaran situaciones que requirieron la activación de rutas.

A su vez, genero un canal de comunicación entre el profesional de Gerontología y el personal médico, lo cual propicio espacios de interacción y dialogo sobre casos específicos de usuarios del programa.

Durante este proceso se incentivó a generar espacios de reevaluación de pacientes, permitiendo así realizar cambios u modificaciones en sus tratamientos.

10. RECOMENDACIONES

Para culminar se realizaron una serie de recomendaciones que marcaran un antes y un después en la atención de primer nivel de salud.

Consolidar y fortalecer los grupos de autoayuda, propiciar un espacio físico donde los usuarios puedan reunirse y recibir capacitaciones sobre sus patologías, así como información sobre la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Organizar una ruta de referencia y contra -referencia que incluya al Gerontólogo.

Activar las visitas domiciliarias desde el equipo interdisciplinario y que se incluya al Gerontólogo.

Llevar un registro más detallado de la base de datos de los usuarios adultos mayores.

Continuar con un profesional de gerontología y con el programa de intervención a la población de Personas Mayores de Riesgo Cardiovascular, a continuar con la activación de rutas enmarcadas en la resolución 3280 para la atención y activación de servicios.

11. BIBLIOGRAFÍA

Arechabala, C. M. (2007, 1 mayo). Promoción en salud y envejecimiento activo - Medwave. Medwave. Recuperado 24 de mayo de 2022, de https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/3/2738

Baltes, Paul., LA OPTIMIZACIÓN SELECTIVA, ¿QUÉ ES? Adultos alcalde hoy. Recuperado el 16 de mayo de 2022, de http://adultosmayoreshoy.blogspot.com/2015/

Candelaria Brito JC, Díaz Cruz SA, Acosta Pérez DM, Labrador Mazón O, Rodríguez Méndez A. Estrategia intervencionista dirigida a la prevención y control de la Covid 19 en Consolación del Sur. Rev Cienc Médicas [revista en Internet]. 2020 [cited 5 Mar 2021] ; 24 (3): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext& pid=S1561-31942020000300007.

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

Fernández Sacasas JA, Díaz Novás J. Algunas consideraciones teóricas sobre la pesquisa activa. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 ; 25 (4): 107-16. 6.

González, D. A. M. (2018, 7 junio). Importancia de un protocolo de atención clínica gerontológica en el primer nivel de atención | Muñoz González | Revista Cubana de Medicina General

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES, 1997, VOL 6, No [1.] (sf). copmadrid. Recuperado el 17 de mayo de 2022, de http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti4.htm#:%7E:text=En%20resumen%2C%20el%20modelo%20de,de %20su%20capacidad%20de%20reserva.

Ley 1251 de 2018. Congreso de Colombia, noviembre 27 de 2008.

Ley 1850 de 2017 Congreso de Colombia Junio 19 de 2017.

Ministerio de Salud de Colombia (21 de noviembre de 2021). Envejecimiento y Vejez. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2. Resolución 4003 de 2008. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4003-2008.pdf

Yuni, José A. y Urbano, Claudio A. Educación de Adultos Mayores. Teoría, investigación e intervenciones. 1 Ed. Brujas, Córdoba, 2005 Yuni, José A. y Urbano, Claudio A.

Cartografía de experiencias educativas con personas mayores en el ámbito latinoamericano. En Palabras Mayores. Nro.1. Agosto 2008

Metodología Integrada de Participación Social de y para Adultos Mayores– MIPSAM. (Dakota del sur). Minsalud. Recuperado el 18 de mayo de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Metodologia-Integrada-de-Participacion-Social-de-y-para-Adultos-Mayores%E2%80%93-MIPSAM-.aspx

Martínez, A.(sf). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. Recuperado el 15 de mayo de 2022, file:///C:/Users/Ana%20Camila%20Sarmiento/Downloads/16845-Texto%20del%20art%C3%ADculo-16921-1-10-20110602.PDF

Organización Mundial de la Salud (4 de octubre de 2021). Salud y envejecimiento. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

¿Qué es el Modelo de Creencias sobre la Salud? (2019, 2 april). psicología y mente. Geraadpleegd op 25 mei 2022, van https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-creencias-salud

Secretaría Distrital de Integración Social (2018). *Política pública para el envejecimiento y la vejez*. https://old.integracionsocial.gov.co/

Secretaría de Salud de Bogotá (s.f.). Agua y saneamiento. http://saludambiental.saludcapital.gov.co/agua_saneamiento_adulto_mayor_ver_mas

Toda Colombia (11 de noviembre de 2018). Municipios del Quindío. División Política. https://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/quindio/municipios-division-politica.html

Santana Y. Herramientas para la intervención psicosocial en el desarrollo humano en el oriente cubano, desde una perspectiva integradora [Internet]. Munich: GrinVerlag; 2017. [cited 7 May 2020] Available from: http://www.grin.com/es/e-book/372153/herramie ntas-para-la-intervencion-psicosocial-en-el-desarr ollo-humano-en-el-Oriente-Cubano.

González, D. A. M. (2018, 7 junio). Importancia de un protocolo de atención clínica gerontológica en el primer nivel de atención | Muñoz González | Revista Cubana de Medicina General Integral. Revmgi. Recuperado 22 de mayo de 2022, de http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/567/176

Recuperado 25 de mayo de 2022, de https://www.researchgate.net/publication/342673354_El_gerontologo_clinico_y_su_rol_en_la_atencion_primaria_de_salud

Muñoz GDA. Importancia de un protocolo de atención clínica gerontológica en el primer nivel de atención. Rev Cubana Med Gen Integr. 2018;34(1):71-76.

PRINCIPIOS DEL ABORDAJE GERONTOLÓGICO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR E INTERVENCIONES BÁSICAS - PDF Free Download. (s. f.). Docplayer. Recuperado 26 de mayo de 2022, de https://www.google.com/amp/s/docplayer.es/amp/12784906-Principios-del-abordaje-gerontologico-en-la-persona-adulta-mayor-e-intervenciones-basicas.html

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65. [Links]

ANEXOS

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO

Nombre de la persona: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías. El término "imagen" incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.
Por la presente, autorizo el uso con fines didácticos o educativos.

PROPÓSITO

Por la presente, autorizo el uso de la(s) imágenes(s) para el propósito de difusión al personal del hospital, médicos, profesionales de la salud y miembros del público con fines educativos, de tratamiento, de investigación y científicos.

Doy mi consentimiento para que se tomen imágenes mías y autorizo el uso o la divulgación de tal(es) fotografía(s) a fin de contribuir con los objetivos científicos, de tratamiento, educativos, y por el presente renuncio a cualquier derecho a recibir compensación por tales usos en virtud de la autorización precedente. Por la presente, yo y mis sucesores o cesionarios eximimos al centro y a sus empleados, a mi(s) médico(s) y a cualquier otra persona que participe en mi atención, y a sus sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja de las actividades autorizadas por este acuerdo.

FIRMA

Fecha: _____

Firma: _____ Firma: _____

Paciente *Profesional encargado*

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO ACREDITADA DE ALTA CALIDAD

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Fecha de realización:	Elaboró: Marco A. Acosta López, Psiquiatra

Nombre del paciente	Edad (Años)	Teléfono	Nivel educativo (Grado)

I. ORIENTACION Y TIEMPO		
En qué año estamos?	0	1
En qué mes estamos?	0	1
Qué día de la semana es hoy?	0	1
Qué fecha es hoy?	0	1
Estamos por la mañana, por la tarde o por la noche?	0	1
TOTAL		/5

II. ORIENTACION Y LUGAR		
En qué barrio estamos?	0	1
Cómo se llama esta ciudad?	0	1
En qué país vivimos?	0	1
Cómo se llama este departamento?	0	1
Qué sitio es este?	0	1
TOTAL		/5

III. MEMORIA DE FIJACIÓN

Repita estas palabras: **"MESA, SILLA, LAPIZ"**. Si el paciente repite estos nombres en el primer ensayo, en orden y completos, el puntaje es de tres. Puntaje de dos o uno si este es el número de palabras que repite correctamente.

Tener las tres repeticiones para la prueba de evocación más tarde.

PUNTAJE	0	1	2	3

IV. ATENCION Y CALCULO

Pregunte al paciente **"Si tiene $18 y debe pagar $3 por una naranja, cuánto le queda?"**; solicite restar $3 por cinco veces consecutivas. Puntaje de 1 por cada cálculo correcto.

15-12-9-6-3	0	1	2	3	4	5

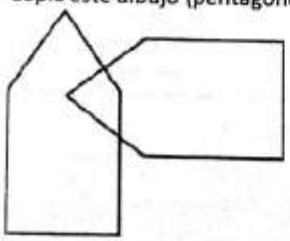
V. MEMORIA DE EVOCACION

Pregunte por los tres objetos repetidos en la prueba de memoria de fijación.

Puntaje de 1 por cada objeto evocado en orden correcto	0	1	2	3

VI. LENGUAJE				
A. Nominar: **reloj, papel** ante la pregunta ***"¿Cómo se llama esto?"***			1	2
B. Puntaje de 1 si repite bien la frase: ***"El hombre camina por la calle"***			0	1
C. Ejecute las siguiente orden: ***"Tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el suelo"***	0	1	2	3
D. Muestre al paciente la frase escrita **"CIERRE LOS OJOS"** y dígale que obedezca la orden ("Haga lo que dice aquí"). Si no es capaz realícelo por orden verbal.			0	1
E. Pida al paciente que escriba una frase lógica o que la diga verbalmente si no sabe escribir. Puntaje de 1 si la frase es lógica o tiene sentido, un sujeto y verbo. (al reverso de esta hoja)			0	1
F. Solicite al paciente que: Dibuje una casa (ó copie pentágonos):			0	1

Copie este dibujo (pentágonos):



PUNTAJE		/30

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO ACREDITADA DE ALTA CALIDAD

Escala de Recursos Sociales (OARS) Duke University Center (1978)

Apellidos _____ Nombre _____

Entrevistador/a _____ Fecha

Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:

¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero ☐
2. Casado ☐
3. Viudo ☐
4. Separado ☐

No responde ☐

¿Vive su cónyuge en la residencia?

1. Sí ☐
2. No ☐

No responde ☐

Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?

1. Una vez a la semana o más ☐
2. Una a tres veces al mes ☐
3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones ☐
0. Nunca ☐

No responde ☐

¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?

3. Cinco o más ☐
2. Tres o cuatro ☐
1. Una o dos ☐
0. Ninguna ☐

No responde ☐

¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.

3. Una vez al día o más ☐
2. Dos veces ☐
1. Una vez ☐
0. Ninguna ☐

No responde ☐

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO ACREDITADA DE ALTA CALIDAD

A

27

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

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

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

2. Sí ☐
0. No ☐
NS/NC ☐

¿Con qué frecuencia se siente solo?

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

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

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

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

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

Si es «Sí», preguntar a y b.

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

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

b) *¿Quién es esa persona?*

Nombre _____

Relación _____

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

TEST LAWTON BRODY

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	[illegible]	[illegible]
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no marcar	1	1
.No utiliza el teléfono	0	0
2. HACER COMPRAS		
Realiza todas las compras independientemente	1	1
-Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
3. PREPARACION DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
4. CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza trabajos ligeros como, lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
5. LAVADO DE LA ROPA		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo, en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en trasporte público cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

No viaja en absoluto	0	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1
Realiza comprar de cada dia, pero necesita ayuda en las grandes comprar y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0
Máxima dependencia: 0 puntos **Independencia total:** 8 puntos		

Escaneado con CamScanner

Índice de Barthel

Comida 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Aseo 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise. 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona. 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
Micción 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc) 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Ir al retrete 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo. 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Traslado cama /sillón 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

Escaneado con CamScanner

10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física. 5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda. 0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
Deambulación 15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo. 10. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador 5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión 0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro
Subir y bajar escaleras 10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona 5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión. 0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor
Total:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

Escaneado con CamScanner

"Lee" de izquierda a derecha y de arriba abajo los colores en los que están escritas las palabras

AZUL	VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	NEGRO
NEGRO	ROJO	AZUL	NEGRO	VERDE	NARANJA
ROJO	VERDE	VERDE	ROJO	NEGRO	ROJO
VERDE	AZUL	NEGRO	NEGRO	NARANJA	AZUL
AZUL	ROJO	VERDE	NARANJA	VERDE	NEGRO
VERDE	NEGRO	NARANJA	AZUL	ROJO	NARANJA
NEGRO	VERDE	ROJO	VERDE	VERDE	AZUL

Tratamientos

1. Mejora de los estilos de vida:

Llevar una dieta saludable, disminuir el consumo de azúcares y grasas y aumentar la práctica de ejercicio físico. También se recomienda dejar de fumar y evitar el consumo de alcohol.

2. Tratamientos farmacológicos:

En caso de que los cambios de los hábitos de vida no funcionen, hoy en día existen tratamientos farmacológicos que son muy útiles para controlar la presión arterial. **Es importante que los tratamientos farmacológicos sean indicados por un medico.**

Estrés

El estrés es un conjunto de reacciones que ocurren en nuestro cuerpo que se presentan cuando una persona sufre un estado de tensión nerviosa, producto de diversas situaciones en el ámbito laboral o personal, por ejemplo, el exceso de trabajo, la ansiedad.

Recuerda que el estrés puede producir daños en tu corazón, por lo cual es importante saber reducirlo.

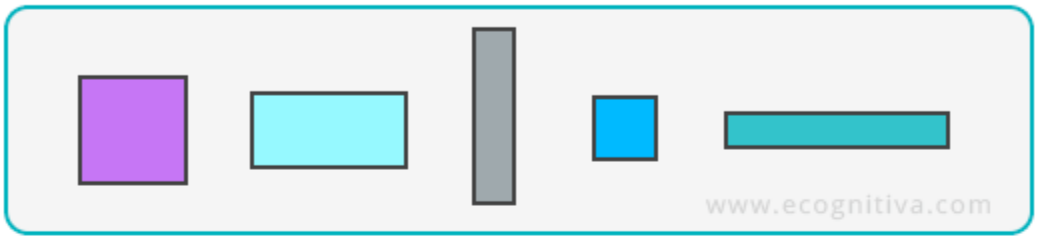
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

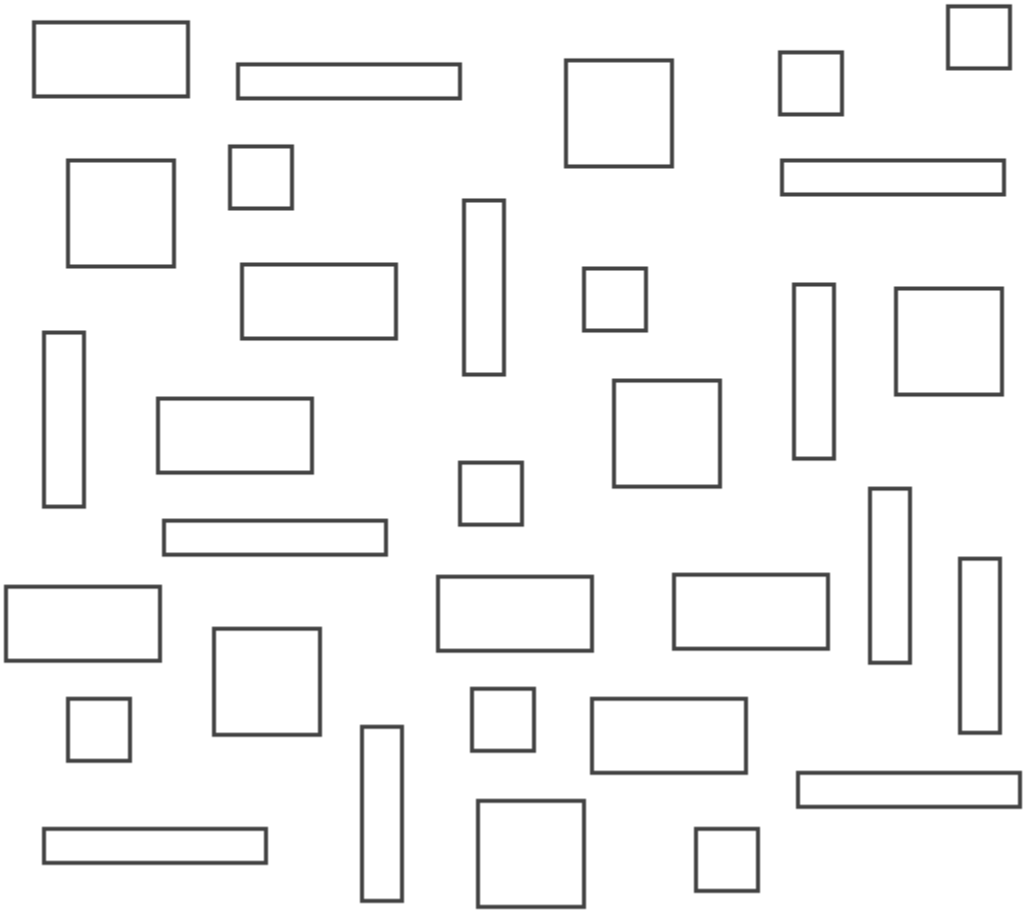
Mi nombre: .....

Fecha: .....Hora: .....

ecognitiva

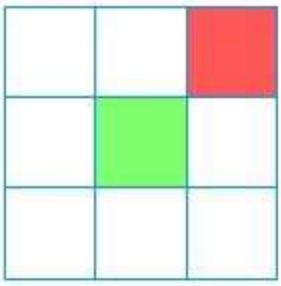
Coloree las formas tal como se muestra en el recuadro:

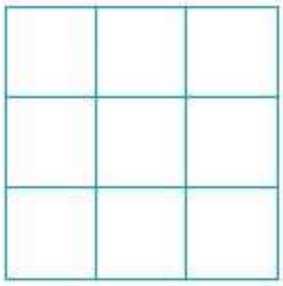


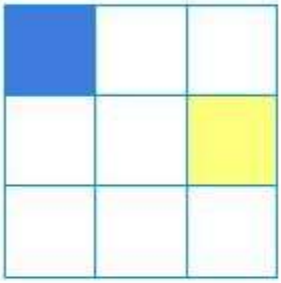


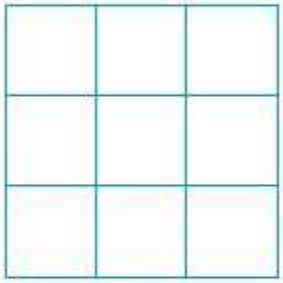
Trata de recordar los cuadros coloreados.
Dobla la hoja y crea el modelo en el cuadro de al lado.

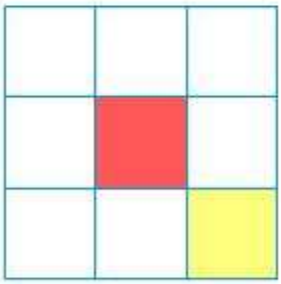
2 COLORES

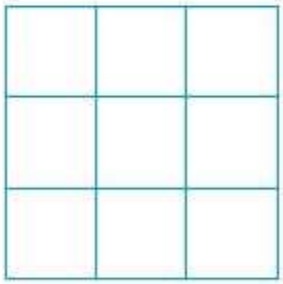


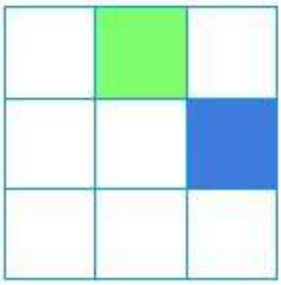


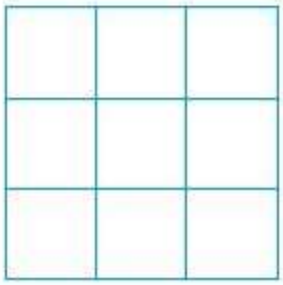


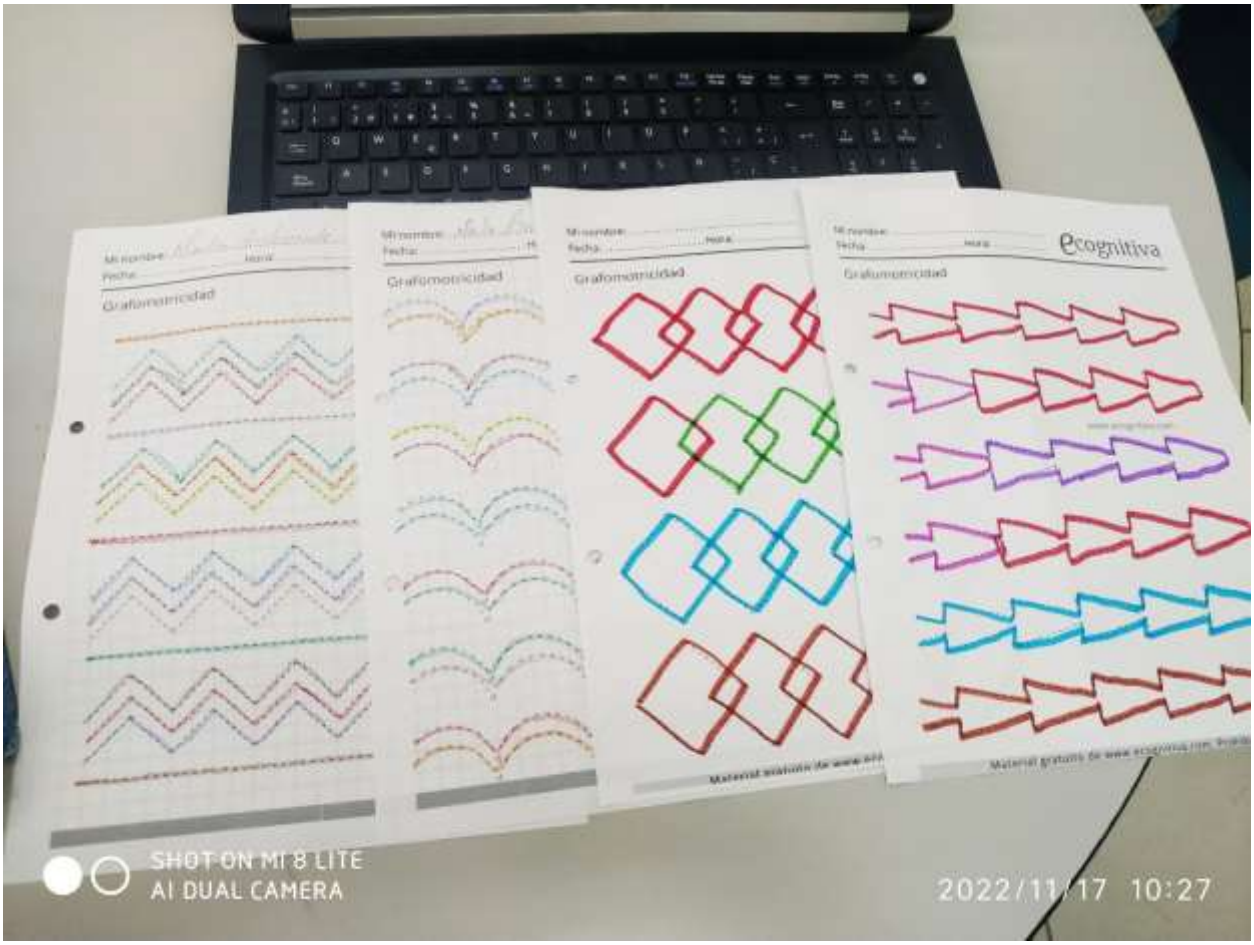


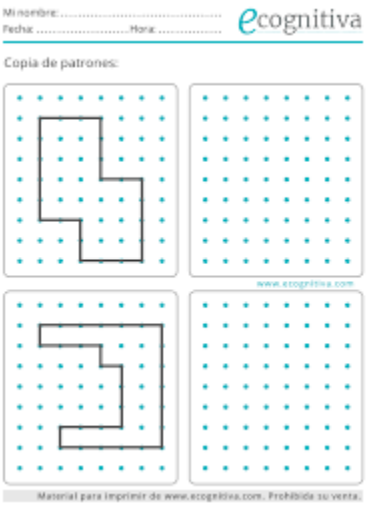









Mi nombre:
Fecha:
Hora:
Grafomotricidad
ecognitiva
SHOT ON MI 8 LITE
AI DUAL CAMERA
2022/11/17 10:27


Mi nombre:
Fecha: Hora:
ecognitiva
Copia de patrones:
www.ecognitiva.com
Material para imprimir de www.ecognitiva.com. Prohibida su venta.

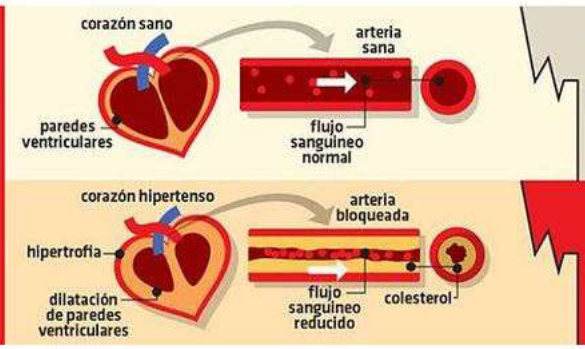
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Los riesgos y consecuencias

Esta enfermedad afecta a más del 30 por ciento de la población mundial y es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatías e insuficiencia renal. Conoce cómo prevenirla.

¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN?

Ocurre cuando los vasos sanguíneos tienen una continua tensión alta al llevar la sangre desde el corazón a todo el cuerpo. Mientras más alta sea la tensión, más esfuerzo hace el corazón para bombear.



TENSIÓN ARTERIAL NORMAL

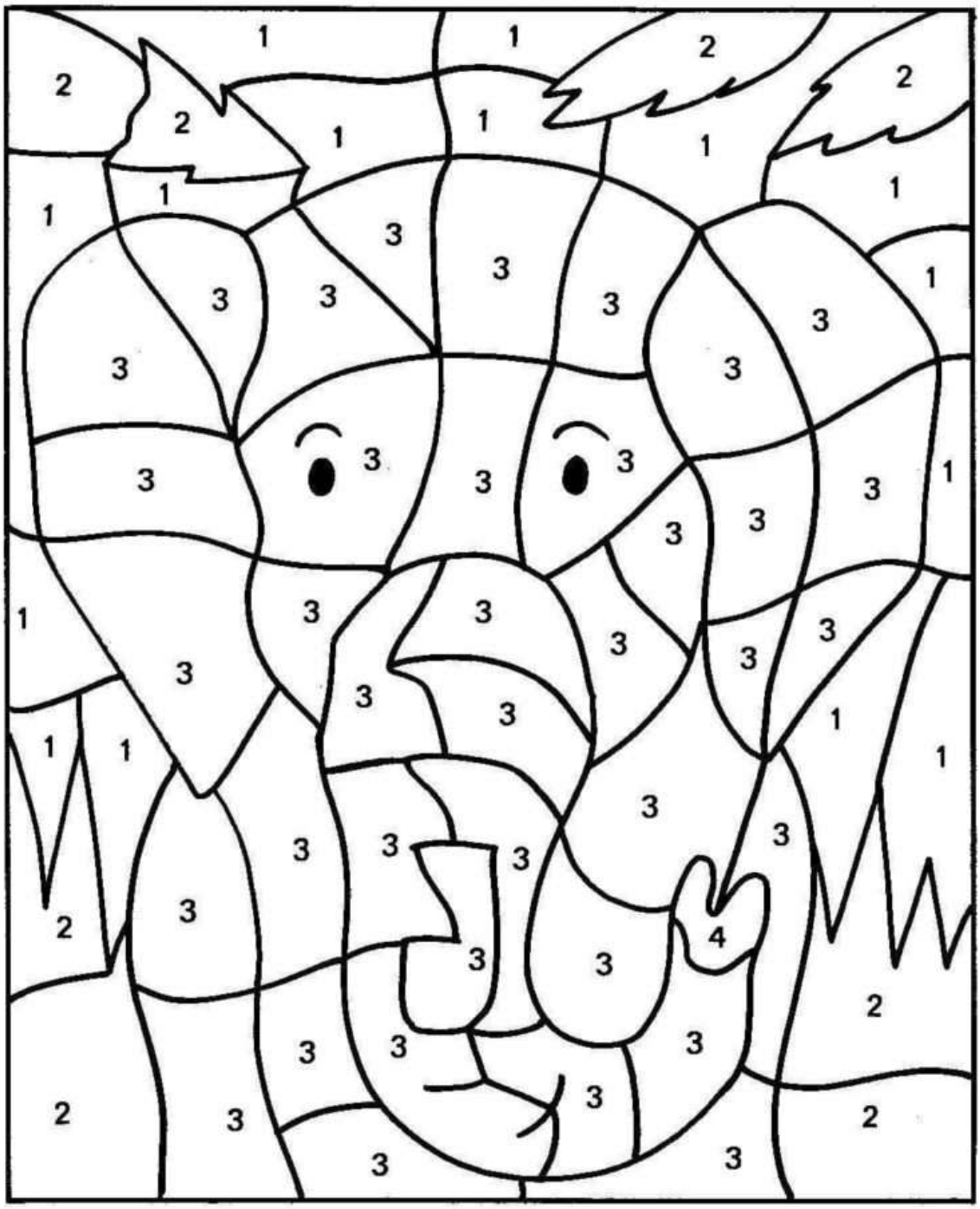
Sistólica 120 mm HG

Diastólica 80 mm HG

HIPERTENSIÓN

Sistólica: = o + 140 mm HG

Diastólica = o + 90 mm HG



African Elephant

1 2 3 4