



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

González Chiquillo, LX; Rodríguez Baron, AC. Planteamiento de un centro de día gerontológico basado en las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja en el año 2004. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0125.php>

PLANTEAMIENTO DE UN CENTRO DIA GERONTOLÓGICO BASADO EN LAS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS, CULTURALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE SESENTA AÑOS DE LA CIUDAD DE TUNJA EN EL AÑO 2004.

LEIDY XIMENA GONZALEZ CHIQUILLO
COD. 221103827

ALEXANDRA CATALINA RODRÍGUEZ BARÓN
COD. 221103812

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

-
-
-

LEIDY XIMENA GONZALEZ CHIQUILLO
BARÓN

1827

ALEXANDRA CATALINA RODRÍGUEZ

TUNJA
2004

**PLANTEAMIENTO DE UN CENTRO DIA GERONTOLÓGICO BASADO EN LAS
CONDICIONES SOCIOECONOMICAS, CULTURALES Y DE SALUD DE LAS
PERSONAS MAYORES DE SESENTA AÑOS DE LA CIUDAD DE TUNJA EN
EL AÑO 2004.**

**LEIDY XIMENA GONZALEZ CHIQUILLO
COD. 221103827
ALEXANDRA CATALINA RODRÍGUEZ BARÓN
COD. 221103812**

**Trabajo presentado como requisito
para optar el titulo de
Enfermera**

**Directora
TERESA DE JESÚS PUENTES SUÁREZ**

1827

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

•
•
•

• 2 •

*LEIDY XIMENA GONZÁLEZ CHIQUILLO
BARÓN*

ALEXANDRA CATALINA RODRÍGUEZ

**TUNJA
2004**

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

ESCUELA DE ENFERMERIA, a sus docentes, quienes con su esfuerzo, trabajo y dedicación han contribuido a nuestra formación personal y profesional.

TERESA DE JESÚS PUENTES, enfermera y directora de este trabajo, quien supo guiarnos por medio de sus conocimientos.

ROSA FONSECA, enfermera y asesora, quien con sus conocimientos oriento la puesta en marcha de esta labor.

NANCY AGUDELO Y TERESA PINZON, enfermeras, jurados lectores del proyecto por sus valiosas sugerencias y apreciaciones.

ANA JIMÉNEZ, asesora estadística, quien apporto bases fundamentales para este trabajo.

XIOMARA SEPÚLVEDA, gerontóloga, por su ferviente interés y cooperación.

A nuestras familias, por el apoyo incondicional y paciente a lo largo de la carrera como en el tiempo de realización de este trabajo.

A todas y cada una de las personas que contribuyeron en la realización de este trabajo.

•
•
•

*LEIDY XIMENA GONZÁLEZ CHIQUILLO
BARÓN*

• 3 •

ALEXANDRA CATALINA RODRÍGUEZ

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	14
1. TITULO.....	23
2. TEMA.....	23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	24
5. JUSTIFICACIÓN.....	27
6. OBJETIVOS.....	30
6.1 GENERAL.....	30
6.2 ESPECIFICOS.....	30
7 MARCO TEORICO.....	31
7.1 ENVEJECIMIENTO.....	31
7.2 CLASES DE ENVEJECIMIENTO.....	32
7.2.1 Envejecimiento poblacional.....	32
7.2.2 Envejecimiento individual.....	32
7.2.3 Clasificación del envejecimiento según la biología.....	32
7.2.4 Clasificación según Rowe y Kahn del “envejecimiento normal”.....	33
7.2.5 Clasificación del envejecimiento según Marroquín.....	34

7.3 COMPONENTES DEL ENVEJECIMIENTO.....	34
7.4 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO.....	34
7.4.1. Teorías biológicas del envejecimiento.....	35
7.4.2. Teorías psicosociales del envejecimiento.....	36
7.4.3. Teorías ambientales.....	37
7.5 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO.....	37
7.6 CONDICIONES SOCIALES, ECONOMICAS, CULTURALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES.....	38
7.6.1 Condición social.....	39
7.6.2 Condición económica.....	40
7.6.3 Condición cultura.....	41
7.6.4 Condición de salud.....	42
7.7 CAMBIOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO.....	43
7.7.1 Cambios fisiológicos.....	43
7.7.2 Cambios de conducta y en la capacidad intelectual.....	50
7.8 EL CUIDADO.....	51
7.8.1 Cuidado de enfermería.....	51
7.8.2 Cuidado ambulatorio.....	52
7.9 AUTOCUIDADO.....	52
7.9.1 Clases de practicas del autocuidado.....	53
7.9.2 Clases de autocuidado.....	52
7.9.3 Justificación de la autoatención en la vejez.....	55

7.9.4 Beneficios del autocuidado en la vejez.....	56
7.10. CAPACIDAD FUNCIONAL.....	56
7.11 ANTECEDENTES DE CENTRO DIA GERONTOLÓGICO.....	56
7.11.1 Antecedentes de Centros Día Gerontológico en otros países.....	56
7.11.2 Antecedentes de Centros Día Gerontológico en Colombia.....	57
7.12 CENTRO DIA.....	58
7.12.1 Características De Un Centro Día.....	59
7.12.2 Servicios del Centro Día.....	60
7.12.3 Requisitos mínimos del Centro Día.....	60
7.12.4 Tipos de Centro Día.....	61
7.12.4.1 Centros Día Según Infraestructura.....	61
7.12.4.2 Centro Día según nivel de dependencia de la persona mayor.....	62
7.12.5 Beneficios De Un Centro Día.....	63
1. MARCO LEGAL.....	65
9. DISEÑO METODOLOGICO.....	68
9.1. TIPO DE ESTUDIO.....	68
9.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	68
9.2.1 UNIVERSO.....	68
9.2.2 MUESTRA.....	69
9.3 FUENTES.....	71
9.3.1 Fuentes primarias.....	71
9.3.2. Fuentes secundarias.....	71

-
-
-

9.4 FASES DEL PROCESO INVESTIGATIVO.....	71
9.5 UBICACIÓN TEMPORO ESPACIAL.....	72
9.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.....	72
9.6.1 Observación.....	72
9.6.2 Entrevista estructurada.....	73
9.6.3 Índice de Barthel.....	73
9.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	75
9.8 RESULTADOS ESPERADOS.....	78
10. RECURSOS.....	79
10.1 TALENTO HUMANO.....	79
10.2 RECURSOS INSTITUCIONALES.....	79
10.3 RECURSOS TÉCNICOS.....	79
10.4 RECURSOS MATERIALES.....	79
10.5 RECURSOS FINANCIEROS.....	81
11. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	83
11.1 CATEGORÍA SOCIAL	84
11.2 CATEGORÍA ECONÓMICA.....	96
11.3 CATEGORÍA CULTURAL.....	99
11.4 CATEGORÍA SALUD.....	104
CONCLUSIONES.....	121
12. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.....	125
INTRODUCCIÓN.....	126

-
-
-

12.1 JUSTIFICACION.....	128
12.2 OBJETIVOS.....	130
12.2.1 General.....	130
12.2.2 Específicos.....	130
12.3 MARCO TEORICO.....	132
12.3.1 Salud.....	132
12.3.2 Promoción de la salud.....	132
12.3.3 Participación comunitaria.....	133
12.3.4 Educación en salud.....	133
12.3.5 Cultura de la salud.....	134
12.3.6 Comportamientos saludables.....	134
12.3.7 Musicoterapia.....	135
12.3.8 Biodanza.....	136
12.3.9 La Familia y el cuidado de la persona mayor.....	136
12.4 CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DIA GERONTOLÓGICO.....	141
12.4.1 Tipo De Institución.....	141
12.4.2 Funcionamiento Del Centro.....	141
12.4.3 Requisitos Para La Prestación De Los Servicios.....	141
12.4.4 Áreas De Asistencia De La Institución.....	142
12.4.5 Portafolio De Servicios.....	147
12.5 RECURSOS.....	151
12.5.1 Talento Humano.....	152

12.5.2 Recursos físicos.....	153
12.5.3 Recursos Materiales.....	154
12.5.4 Recursos Financieros.....	155
12.6 EVALUACIÓN.....	156
12.7 ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACION.....	157
RECOMENDACIONES.....	158
BIBLIOGRAFÍA.....	159
ANEXOS.....	162

TABLA DE GRAFICOS

	Pag.
Grafico 1 Distribución De La Población Estudiada Por Rango De Edad.....	84
Grafico 2 Distribución De La Población Estudiada Por Sexo.....	85
Grafico 3 Distribución De La Población Estudiada Por Estado Civil.....	86
Grafico 4 Convivencia Familiar De La Personas Casadas O Unión Libre.....	87
Grafico 5 Convivencia Familiar De La Personas Viudas.....	88
Grafico 6 Convivencia Familiar De Las Personas Separadas.....	89
Grafico 7 Numero De Hijos De La Población Estudiada.....	90
Grafico 8 Relaciones Familiares De La Población Estudiada.....	91
Grafico 9 Percepción De La Población Estudiada De La Atención Por Parte De Su Grupo Familiar.....	92
Grafico 10 Integración Familiar De La Población Estudiada.....	93
Grafico 11 Tipo De Relaciones Familiares De La Población Estudiada.....	94
Grafico 12 Relaciones De La Población Estudiada Con Vecinos Y Amigos.....	95
Grafico 13 Clasificación De Estas Relaciones	95
Grafico 14 Tipo De Actividades De La Población Estudiada.....	96
Grafico 15 Fuente De Recursos De La Población Estudiada Que Posee Algún Ingreso.....	97
Grafico 16 Pertenencia De La Vivienda De La Población Estudiada.....	98
Grafico 17 Nivel Educativo De La Población Estudiada.....	99

•
•
•

Grafico 18 Utilización Del Tiempo Libre De La Población Estudiada.....	100
Grafico 19 Pertenencia De La Población Estudiada A Grupo Social O Cultural..	102
Grafico 20 Agrado De La Población Estudiada Con Servicios Culturales O Sociales.....	103
Grafico 21 Percepción De La Población Estudiada De Su Propio Estado De Salud.....	104
Grafico 22 Morbilidad De La Población Estudiada.....	105
Grafico 23 Asistencia De La Población Estudiada A Control Medico.....	106
Grafico 24 Hábitos Factor De Riesgo De La Población Estudiada.....	107
Grafico 25 Cobertura De Seguridad Social En Salud De La Población Estudiada.....	108
Grafico 26 Percepción Sobre Los Servicios De Salud A Los Que Tiene Acceso La Población Estudiada.....	109
Grafico 27 Asistencia De La Población Estudiada A Centros De Medicina Alternativa.....	110
Grafico 28 Sentimientos Actuales De Las Personas Mayores.....	111
Grafico 29 Nivel De Independencia En Las Actividades Básicas De La Vida Diaria De La Población Estudiada.....	112
Grafico 30 Interés De La Población Estudiada Por Asistir A Instituciones Gerontológicas.....	113
Grafico 31 Necesidad De Un Centro Día En Tunja.....	114
Grafico 32 Servicios Que Le Gustaría A La Población Estudiada Que Preste Una Institución Para Las Personas Mayores.....	115
Grafico 33 Horarios De Atención Que Considera La Población Estudiada Que Debe Prestar Una Institución Para Las Personas Mayores.....	116
Grafico 34 Ubicación del Centro Día.....	117
Grafico 35 Disposición Para El Pago De Servicios De La Población Estudiada.	118

Grafico 36 Tipo De Apoyo Familiar Para La Asistencia De La Población Estudiada Al Centro Día Gerontológico	119
--	-----

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1: ENTREVISTA ESTRUCTURADA.....	162
ANEXO 2: INDICE DE BARTHEL.....	167
ANEXO 3: HOJA DE VIDA DEL USUARIO.....	169
ANEXO 4: HISTORIA SOCIOECONOMICA DE LA PERSONA MAYOR.....	171
ANEXO 5: REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN.....	174
ANEXO 6: REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES DEL CENTRO DIA.....	175
ANEXO 7: REGISTRO DE ACTIVIDADES DE SALUD.....	176
ANEXO 8: REGISTRO DE ACTIVIDADES SOCIALES Y CULTURALES.....	177

-
-
-

LEIDY XIMENA GONZÁLEZ CHIQUILLO
BARÓN

• 13

ALEXANDRA CATALINA RODRÍGUEZ

GLOSARIO

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVC): son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.

ADULTOS MAYORES: de acuerdo con la organización panamericana de la salud, se consideran personas mayores aquella que tienen 60 o más años.

ATENCIÓN: capacidad de concertar la actividad psíquica de un objeto.

CALIDAD DE VIDA: es la interacción entre la satisfacción de vida y las condiciones objetivas de vida. Estas últimas engloban la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de la relación social. Existe un concepto desarrollado por la cultura japonesa denominado *IKAGAI*, el cual se refiere a la calidad de vida de los individuos y que se compone de tres elementos:

CALIDAD OBJETIVA DE VIDA: este aspecto contempla todos los elementos materiales que determinan la forma de vida de las personas, midiendo el nivel de satisfacción de necesidades básicas, además de el soporte emocional.

CENTRO: lugar donde convergen acciones particulares coordinadas. Punto donde habitualmente se reúnen los miembros de una sociedad.

CONDICION: estado, situación especial en la que se encuentra una persona.

ESPERANZA DE VIDA: tiempo medido que resta de vida a una persona en un momento dado¹.

ESTILOS DE VIDA: hábitos, consumos, conductas y exposición a factores que afectan la salud.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE: ² se define como los hábitos y costumbres que cada persona puede tener para lograr un desarrollo y un bienestar, sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). Alcanzar dicho estilo de vida saludable sólo es posible cuando se cuenta con los conocimientos, la oportunidad y la voluntad de hacerlo; este último aspecto es de gran importancia, pues, determina el autocuidado del individuo.

¹ RUIPEREZ CANTERA y otros. Auxiliares y cuidadores de ancianos. Colombia. Editorial Nomos. 1998.

² HAISON Omar Carrillo y otro, Estilos de vida saludables de las Enfermeras Docentes de la Escuela de Enfermería de la UPTC. P. 15.

FACTOR DE RIESGO: características del individuo innato o adquiridas que se asocian con un aumento de la inhabilidad de padecer una enfermedad (Físicos, sociales, ambientales, Genéticos)

GERONTE: persona mayor, anciana, termino utilizado por los gerontólogos.

GERONTÓLOGO: profesional que estudia los procesos del envejecimiento y vejez teniendo en cuenta los aspectos ecobiopsicosociales y espirituales del ser humano.

RESUMEN

Tipo de documento: Trabajo de grado.

Institución: UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA..

Título: Planteamiento de un Centro Día Gerontológico basado en las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de sesenta Años de la ciudad de Tunja en el año 2004.

Autoras: Leidy Ximena González Chiquillo.
Alexandra Catalina Rodríguez Barón.

Fecha de publicación: 1 de diciembre del 2004.

En Tunja nuestros ancianos aumentan y los programas dirigidos a estas personas cobijan a una pequeña parte de esta población; un ejemplo de esto, es el programa de atención integral al adulto mayor de la alcaldía municipal de la ciudad, que tan solo en la actualidad atiende a 500 personas.

Dentro de este contexto es una condición importante la existencia de programas referidos a los adultos mayores, así pues los planes gerontológico municipales deben tener como objetivo principal promover la actividad independiente, dignidad humana, lazos y vínculos con la familia y la comunidad; para ello es fundamental identificar las situaciones sociales, económicas, culturales y de salud en las cuales se encuentran involucrados, definiendo estrategias de prevención, promoción, equiparación de oportunidades y en general de intervención positiva, con el fin de garantizar a las personas mayores de 60 años un amplio desarrollo y una real integración social.

Es por esto, que para dar respuesta al creciente número de personas mayores de 60 años, y con el compromiso como adultas jóvenes profesionales de Enfermería, se plantea una estrategia dirigida a las personas mayores de acuerdo a las características detectadas, reorientando el sentido hacia la creación y el desarrollo de recursos sociales para las personas mayores.

El presente proyecto es pertinente ya que ayudará entre otros aspectos a conocer las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de 60 años; la descripción de dichas condiciones sirven como herramienta para plantear de un Centro Día Gerontológico como estrategia de control y atención para estas personas

Para el desarrollo de esta propuesta, la población objeto son todas las personas mayores de 60 años del área urbana de la ciudad de Tunja, que según estadísticas del año 2003 de la oficina del SISBEN corresponden a 10.261 personas, donde se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas, obteniendo para estrato uno: 29 personas mayores, estrato dos: 64 personas mayores, estrato tres 125 personas mayores, estrato cuatro 24 personas mayores y estrato cinco 10 personas mayores, para un total de 252 personas encuestadas

A la par, su planteamiento aporta a las personas mayores instrumentos necesarios que les permite conservar y fomentar su salud, prevenir enfermedades y contribuir a una mayor integración social, a través de la implementación de programas y acciones de salud que busquen este fin.

Dentro de las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud tomadas como base para la implementación del Centro Día Gerontológico se encuentra: la expectativa de vida de persona mayores de la ciudad, la conformación de hogares multigeneracionales donde la incorporación masiva de las personas jóvenes y mujeres al mercado de trabajo dificulta el cumplimiento de los cuidados que requieren los adultos mayores; la autonomía económica del adulto mayor que les permite la posibilidad de acceder a servicios y disminuir los gastos para el grupo familiar; la utilización del tiempo libre de esta población en actividades de poco requerimiento físico, la limitada integración a grupos sociales e insatisfacción con las actividades prestadas, el alto porcentaje de adultos mayores con condiciones de salud deterioradas e inadecuados hábitos de vida, el nivel de independencia de estas persona que les permite realizar actividades que contribuyan a su autocuidado y el interés por la implementación de un Centro Día Gerontológico; condiciones importantes que permiten crear un centro con servicios de calidad integral, ampliando las posibilidades de participación y orientado en las necesidades y expectativas del usuario. Es decir creado con las persona y no para las personas, evitando con ello basarlos en estereotipos o en desconocimiento de heterogeneidad.

INTRODUCCION

El envejecimiento es un hecho de carácter universal que se produce irreversiblemente como consecuencia del paso de los años, es un triunfo ante los retos y crisis de la vida, es vivir, crecer y madurar para disfrutar la existencia hasta el final.

Simultáneamente, este proceso es una experiencia humana que todos compartimos, aunque no en todas las sociedades aparece como el momento culminante y feliz de una vida de trabajo, envejecer significa para muchos estar expuestos a connotaciones socioculturales, con criterios discriminatorios que en muchos de los casos resultan ser nocivos para estas personas; considerado así, el envejecimiento se torna paralelamente un suceso cuya aceptación se encuentra determinada por un medio económico, social, cultural y de salud circundante.

Además, la eficacia de los programas de salud y los esfuerzos realizados para mejorar el nivel de vida de la población en general, permiten la superación de problemas presentes como la erradicación, eliminación y control de algunas enfermedades durante las etapas de la vida, para así poder llegar a edades avanzadas prologando el tiempo de vejez, lo cual implica acrecentar el número de seres vivos viejos con características biológicas, psicológicas, sociales y culturales específicas, que necesitan apoyo de toda índole.

Dentro de este contexto es una condición importante la existencia de programas referidos a los adultos mayores, así pues los planes gerontológico municipales deben tener como objetivo principal promover la actividad independiente, dignidad humana, lazos y vínculos con la familia y la comunidad; para ello es fundamental identificar las situaciones sociales, económicas, culturales y de salud en las cuales se encuentran involucrados, definiendo estrategias de prevención, promoción, equiparación de oportunidades y en general de intervención positiva, con el fin de garantizar a las personas mayores de 60 años un amplio desarrollo y una real integración social.

Ahora bien, cabe destacar que no solo las personas mayores ³“son los más vulnerables en razón de sus condiciones físicas, de salud y habitacionales, sino también por el hecho de que son menos instruidos y con menos recursos económicos que el resto de la población” y es precisamente sobre esta cuestión donde se hace necesario vislumbrar el nivel de significancia de las diversas

dimensiones en las cuales el adulto mayor se ve envuelto; así por ejemplo el nivel económico es un factor considerable en la determinación de las condiciones de vida en la vejez, puede afirmarse que tienen mejor vejez aquellos que poseen recursos materiales, puesto que, la riqueza material da a las personas mayores, mejor seguridad, sin embargo otros elementos más

³ [http://escuela.med.puc.cl/udas/geriatria/geritria Manual/geriat.](http://escuela.med.puc.cl/udas/geriatria/geritria%20Manual/geriat)

difíciles de medir, como la salud, la educación, la autoestima, la integración familiar y social enriquecen más la propia vida.

Aunque en nuestro país desde hace muchos años existen mecanismos de protección a las personas mayores de 60 años, que establecen políticas por parte del estado, la familia y la comunidad, donde se enfatizan aspectos de salud, seguridad social, educación, ampliación de infraestructura de servicios sociales, protección, asistencia y recursos económicos para el sostenimiento de estas personas, no obstante, estas estrategias no aseguran un futuro promisorio para las personas mayores de 60 años, ya que no cubren a la creciente población geronte.

En Tunja nuestros ancianos aumentan y los programas dirigidos a estas personas cobijan a una pequeña parte de esta población; un ejemplo de esto, es el programa de atención integral al adulto mayor de la alcaldía municipal de la ciudad que se dirige a un total de 3.018 personas mayores de 60 años de niveles 1 y 2, pero que tan solo en la actualidad atiende a 500 personas⁴. De la misma manera, las investigaciones sobre la implementación de estrategias que reflejen una firme voluntad de mejorar las calidad de vida de los adultos mayores, en términos de prolongar una vida positiva son de numero limitado.

Es así como la presente investigación pretende determinar las necesidades socioeconómicas, culturales y de salud en las que se ven involucradas las personas mayores de 60 años de la ciudad de Tunja y plantea una estrategia que busca el espacio idóneo para canalizar tales necesidades, utilizando como medio una asistencia integral que fomente un nivel de autonomía, capacidad de autocuidado y bienestar físico y mental para intervenir de manera positiva en las diversas necesidades del complejo familia - persona mayor y así contribuir a la permanencia de dicha persona en su entorno habitual. Lo cual implica un proceso de intercambio dinámico donde las investigadoras a través del estudio pretenden obtener una clara representación de dichas necesidades, articulándolas a las condiciones actuales.

Permitiendo de esta manera que se logre de una u otra forma que ⁵ “la vejez siga siendo la coronación de los escalones de la vida en donde se cosechen frutos de lo aprendido y lo experimentado, frutos de lo realizado y conseguido, lo sufrido y lo soportado. Como en la parte final de una gran sinfonía, donde se recogen los grandes temas de la vida, en un poderoso acorde, y esta armonía confiere sabiduría, bondad, paciencia, comprensión y amor”.

⁴ Datos obtenidos de la Alcaldía Mayor de Tunja.

⁵ Ministerio de protección social. Manual para una vida sana ,Educación para la vejez, 1997, p 56

1. TITULO

PLANTEAMIENTO DE UN CENTRO DIA GERONTOLÓGICO BASADO EN LAS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS, CULTURALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE SESENTA AÑOS DE LA CIUDAD DE TUNJA EN EL AÑO 2004.

2. TEMA.

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS, CULTURALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS PARA EL PLANTEAMIENTO DE UN CENTRO DIA COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCION Y CUIDADO INTEGRAL.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La identificación de las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud permite plantear un Centro Día como estrategia de intervención y cuidado integral de las personas mayores de 60 años residentes en la ciudad de Tunja?

4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Se ha observado a través de las practicas académicas y experiencias personales, con las personas mayores de 60 años, que con el transcurso de los años y al llegar a esta etapa de la vida han y siguen pasando por diversos cambios a nivel biosicosociocultural, que son el producto de conductas tomadas como propias durante el desarrollo del ciclo vital o proceso natural del llamado estado de envejecimiento.

De la misma manera estos cambios se han visto influenciados por distintas situaciones como: una vida sedentaria, deficientes hábitos alimentarios, consumo excesivo de bebidas alcohólicas y cigarrillo, enfermedades previas e incapacitantes, carencia de atención en salud, negación de la posibilidad de trabajar, de aprender nuevos oficios, de ser empleados en oficios en que se les consideran expertos, aislamiento, falta de centros de atención, situaciones familiares, sociales y económicas estresantes, soledad, maltrato familiar y social, entre otros, que de cierta manera influyen en el estado de salud, condiciones de vida y bienestar social de esta población, convirtiéndolos así en personas más vulnerables a tales situaciones.

En Tunja existen grupos de personas mayores de 60 años, que se encuentran afiliados a instituciones como la Caja de Previsión Social de Boyacá, COMFABOY, la alcaldía en su programa de Edad Dorada y programa de atención integral al adulto mayor, además de aquellos que deambulan diariamente por las calles de la ciudad y los que han limitado su espacio a una casa; todos con características económicas y sociales diferentes, pero con un vínculo común y es el de estar expuestos a una multiplicidad de condiciones familiares, sociales, económicas, culturales y de salud, que pueden afectar su vida.

También, se observa que las instituciones encaminadas a la atención de las situaciones anteriormente mencionadas, enfatizan sus cuidados ya sea hacia la salud o hacia la recreación, siendo pocos los paquetes de servicios dirigidos exclusivamente a las personas mayores de 60 años, evidenciándose una limitada posibilidad de elegir o pertenecer a un centro que brinde servicios ajustados a las características y requerimientos propios de estas personas, comprobándose tal situación con el diagnóstico social del Plan de Ordenamiento Territorial (POT) de la ciudad, donde se “resalta la ausencia en el territorio de políticas municipales que regulen la prestación de servicios institucionales y orienten gestiones hacia acciones básicas de tipo asistencial para elevar los niveles de bienestar de la tercera edad en Tunja. No se generan programas tendientes a mantener en esta población una actividad intelectual, afectiva, física y social”.

Por otro lado en Colombia, la decreciente población infantil y la creciente población mayor de 60 años, en los últimos tiempos ha conducido a un cambio en la pirámide poblacional, fenómeno que a nivel sociofamiliar a generado modificaciones en las relaciones de convivencia, como consecuencia de la modernización, las rápidas transformaciones sociales, la violencia y el debilitamiento de los papeles que tradicionalmente venían cumpliendo las personas viejas; desplazándolas a labores domésticas o a otras labores sin remuneración alguna y con escaso reconocimiento social, o por último a la reclusión en hogares geriátricos; donde muchas veces son abandonados por sus familiares al cuidado de otras personas. A la par son considerados y tratados como menores de edad o minusválidos, quebrantándose su derecho al reconocimiento como personas mayores.

Sin embargo, a nivel socioeconómico aunque se han visto acciones gubernamentales encaminadas al aseguramiento social de la población mayor, existen aún falencias y grandes desafíos para lograr la cobertura de toda la población. El fenómeno de la recesión económica del país ha limitado el posicionamiento laboral conduciendo al 43% de la población mayor de 60 años a un nivel alarmante de pobreza e indigencia⁶.

Por otra parte, al evaluar la demanda y acceso a los servicios de salud de la población Colombiana encontramos que esta acuden a estos servicios en un

⁶ SUAREZ, Francisco. Perspectivas para el adulto mayor en un país en vías de desarrollo. Aspecto socioeconómico. Colombia.2002.p5.

12%, resaltándose una mayor demanda por parte de la población mayor de 60 años que lo hace en un 23%; en lo relacionado con la cobertura de servicios de salud encontramos que el 45% de la población del país se encuentra en el Sistema de Seguridad Social en Salud y que de esta el 43% corresponde a personas mayores de 60 años⁷. Además los servicios a los que tienen posibilidad de acudir son escasos, inadecuados y de difícil acceso con énfasis en el asistencialismo, la curación y las urgencias, más que en el autocuidado, promoción y prevención.

Pero dentro de este gran contexto, no solo se involucra un municipio, departamento o nación, es una realidad universal, enmarcada por la presencia de individuos que un día fueron niños y que con el paso de tiempo se convirtieron en personas mayores, con requerimientos iguales o mayores a cualquier otra persona que esperan de una pronta y eficaz intervención para su autocuidado.

5. JUSTIFICACIÓN

La vejez, grupo al que pertenecen las personas mayores de 60 años, es una etapa de la vida enmarcada por la experiencia, sabiduría y cambios a nivel biológicos, psicológico, social, familiar y cultural que son normales, inherentes y moldean física y comportamentalmente a cada persona, por ser el reflejo de un estilo de vida y una interacción con el medio; hecho que se hace irreversible y constante iniciando desde el nacimiento mismo y que al parecer nadie tiene en cuenta.

⁸“Según la Organización de las Naciones Unidas ONU, en el periodo comprendido entre 1950-2025 la población mundial se triplicara alcanzando los 8.206.000.000 de habitantes; en tanto que las personas mayores de 60 años, se multiplicaran por 5, es decir, que una de cada siete personas tendrán más de 60 años, frente a una de cada 12 en 2025” situación que deja al descubierto la tendencia al aumento de la población anciana en todo el mundo.

En términos numéricos en Colombia se ha visto que según estadísticas del DANE en el censo de población de 1993 la población mayor de 60 años, ascenderá a un 6,9% para el 2000 y llegara para el 2025 a un 12.8% lo que indica una tendencia al aumento de la población anciana, con una ganancia media anual en la expectativa de vida de 0.5 años.

En Tunja según el Instituto Seccional de Salud de Boyacá en el 2003, las personas mayores de 60 años corresponden al 9% de la población total que equivale a 11.554 Hab., mostrando un crecimiento poblacional entre los años 1998 al 2003 de un 14%, revelando un crecimiento del 2.3% anual. Razón por

⁷ COLLAZOS, Germán. *www. Pasado, presente y futuro de la tercera edad en Colombia. Colombia.2002.*

⁸ LUNA TORRES, Leonor y otras. *El anciano de hoy: nuestra prioridad “el cuidado de enfermería”.* Colombia: Universidad Nacional, 1996, p.47.

la cual se hace necesario tener en cuenta las situaciones inmersas en el proceso de envejecimiento para poder actuar sobre ellas y lograr así un envejecimiento exitoso.

El interés y la preocupación mundial por el envejecimiento llenan los libros científicos, revistas, salas de conferencias y otros medios de comunicación convirtiéndose en tema obligatorio de disertación para muchas disciplinas; la gran variedad de investigaciones llevan a indagar sobre el proceso de envejecimiento, de la misma manera, como avanzan estos estudios surgen muchas dificultades en la atención de salud y en las dimensiones sociales, económicas y cultural para esta población en constante crecimiento.

Las anteriores situaciones son determinantes para la población mayor de 60 años, debido a que vivimos en una sociedad donde estas definen las condiciones de vida, desenvolvimiento e interacción familiar y social, igualmente al estar algunas personas al final del periodo laboral e inicio de la jubilación se enfrentan a una decreciente vida laboral y económica, condiciones que genera una alteración en el rol hasta ahora desempeñado pues, es en el entorno de nuestras actividades donde se pone en evidencia nuestra individualidad y nuestra relación con la sociedad.

El presente proyecto es pertinente ya que ayudará entre otros aspectos a conocer las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de 60 años; la descripción de dichas condiciones sirven como herramienta para plantear de un Centro Día Gerontológico como estrategia de control y atención para estas personas.

A la par, su planteamiento aporta a las personas mayores instrumentos necesarios que les permite conservar y fomentar su salud, prevenir enfermedades y contribuir a una mayor integración social, a través de la implementación de programas y acciones de salud que busquen este fin.

A la vez proporcionará información que será útil para el desarrollo del cuidado de enfermería a nivel gerontológico, teniendo en cuenta que el cuidado de las personas se ha considerado como el quehacer fundamental de la enfermería y ha estado ligado a una practica la cual se realiza para dar respuesta a una realidad social.

Y es dentro de esta realidad social donde las condiciones que alteran el envejecimiento de las personas mayores de 60 años se involucran y, donde el profesional de Enfermería explora otra etapa de la vida, el envejecimiento, para determinar a partir de los resultados encontrados alternativas que sirvan de respuesta y contribución al avance de la profesión, al cuidado y autocuidado de estas personas, proyectándose en la comunidad para mejorar la calidad de vida de las mismas.

Por otro lado, este proyecto ofrece pautas de orientación para solucionar en una pequeña parte la problemática de las personas mayores de 60 años, ya que el incremento de esta población en los últimos años, ha determinado la puesta en marcha de estudios que contribuyen con la determinación de modelos prácticos y eficientes para la conservación del estado de salud,

bienestar e integración social de estas personas. Igualmente toma en cuenta a todas las personas mayores incluyendo aquellas que cuentan con capacidades económicas, dado que esta condición permite la consolidación de estrategias que faciliten la implementación, mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de vida de la población objeto además, abren un espacio para alternativas de atención y cuidado integral, para las personas con menos recursos.

El Centro Día Gerontológico propuesto, pretende ser uno de estos modelos prácticos cuyos beneficios orientados hacia la población mayor se visualizarán a largo plazo, ya que mediante la identificación de las necesidades sociales, económicas, culturales y de salud de este grupo poblacional, se proporcionarán bases que justifiquen y orienten el planteamiento del Centro, el cual será un centro pionero dado que en la ciudad no existe una institución que brinde atención específica para el geronte, servicios interdisciplinarios de forma no institucionalizada y diurna.

La Enfermería como profesión, aporta a la presente investigación un sin número de herramientas y conocimientos necesarios para llevar a cabo acciones que fomentan el funcionamiento de mecanismos de obtención de un mejor estado de salud, bienestar y prácticas de actividades relacionadas con el cuidado integral y autocuidado, que contribuyen a que la población mayor no se siga deteriorando y anquilosando en sus casas.

En cuanto a los beneficios para la universidad y teniendo cuenta sus objetivos y misión, la presente investigación guarda una interacción con la comunidad, que permite el análisis de sus características para poder actuar sobre ellas, desarrollando una actitud científica, crítica y humanística orientada al incremento de conocimientos frente a las situaciones actuales de crecimiento poblacional y otras situaciones mencionadas con anterioridad, que contribuyan a la formación de un profesional capacitado e idóneo. Conjuntamente, aporta a la Escuela de Enfermería información acerca de las condiciones sociales, económicas, culturales y de salud de las personas mayores de 60 años, además de servir como fundamento teórico-práctico en el desarrollo de la asignatura anciano contenida dentro del plan de estudio de la escuela y contemplada en el estado del arte como un área de investigación en la atención al anciano, orientada hacia el logro de un adecuado cuidado, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y búsqueda de la recuperación de la misma. De igual forma, brinda la posibilidad de desarrollar habilidades cognitivas y destrezas que contribuyen con el desarrollo del profesional de Enfermería, fomentando la interacción entre la persona mayor y la enfermera(o) para contribuir con el bienestar individual, el crecimiento personal y profesional.

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Plantear una propuesta de un Centro Día Gerontológico como estrategia de intervención y cuidado integral que responda a las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de 60 años residentes en la ciudad de Tunja.

6.2 ESPECIFICOS

- Identificar las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de 60 años de la ciudad de Tunja.
- Analizar las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud encontradas en las personas mayores de 60 años de la ciudad de Tunja.
- Elaborar una propuesta para el planteamiento de un Centro Día Gerontológico como estrategia de intervención y cuidado integral, de acuerdo al perfil socioeconómico, cultural y de salud identificado en este grupo.

7. MARCO TEORICO

7.1 ENVEJECIMIENTO.

“Conjunto de cambios que sufren los seres vivos con el paso del tiempo.”⁹

El envejecimiento es un hecho de carácter universal, irreversible, objetivo (el envejecimiento comienza con el nacimiento, pero el común de la gente lo asocia más con el anciano o el adulto de edad avanzada), subjetivo (esta relacionada con sentimientos personales, edad personal, edad cognitiva, edad social, edad percibida o autopercebida según Miller 1990), heterogéneo y afecta a todos los seres vivos; es una vivencia que depende de los factores individuales y de la capacidad de adaptarse a los cambios a nivel biológico, psicosocial y cultural que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio; que repercute en el sistema social y económico de la sociedad. Cronológica y legalmente, se considera viejo a la persona de 60 años o más.

⁹ LLORENTE, Domingo. Manuales prácticos de enfermería. Madrid: Mc Graw Hill. 1997.p. 2.

Desde el punto de vista fisiológico, el envejecimiento normal tiene su inicio cuando termina el periodo de crecimiento, lo cual ocurre entre los 25 y 30 años. Pero este proceso sólo se manifiesta después de los 40 años, cuando se hace evidente el desgaste de los tejidos en relación con el potencial de reparación del organismo, combinándose a lo largo de la vida con procesos de maduración y desarrollo.

Conjuntamente envejecer es un proceso más imperceptible y dilatado que la entrada en la adolescencia, un proceso, además que incrementa la tasa de morbi-mortalidad para la edad, se debe al descenso de la natalidad junto con el aumento de la esperanza o expectativa de vida, no es unicausal, ni una enfermedad o un error evolutivo.

La vejez, etapa final del envejecimiento y por lo tanto una etapa de la vida del ser humano, es un concepto que solo puede ser precisado por la persona, nadie externo a ellas lo podría hacer; por tal razón no se sabe cuando comienza.

El envejecimiento como un proceso de la vida por el cual pasamos todos en algún momento, tiene gran variedad de aspectos importantes de conocer, destacar que han sido trabajados por diferentes autores y que se son abordados a continuación. Dentro de estos aspectos encontramos: sus clases, componentes, teorías, características, cambios a los que están expuestas las personas mayores y el punto más relevante de la revisión que son las condiciones sociales, económicas, culturales y de salud de esta población.

7.2 CLASES DE ENVEJECIMIENTO

Dentro de las clases de envejecimiento encontramos una gran variedad entre las que se encuentran: el envejecimiento poblacional, individual; según la biología del envejecimiento se clasifica el primario y secundario y para Rowe y Kahn estratifican el “envejecimiento normal” en categorías envejecimiento exitoso y usual.

7.2.1 Envejecimiento poblacional: es un fenómeno mundial donde la proporción de personas mayores tienden a aumentar en número con respecto al total de la población, constituyendo una mayoría de viejos y una minoría de jóvenes y niños.

Es decir, cuando la tasa de mortalidad y natalidad disminuyen, se incrementa la esperanza de vida al nacer y el porcentaje de personas mayores de 60 años. Lo cual coincide con un índice desarrollo humano más alto, y viceversa. En sentido similar, también la posibilidad de vivir más en el plano individual se relaciona con mejores condiciones de vida y desarrollo económico y sociocultural.

7.2.2 Envejecimiento individual: es la resultante de una serie de cambios a nivel biológico, psicológico, bioquímico y funcional como consecuencia del paso del tiempo sobre cada individuo, con unas características que reafirma la individualidad, irreversibilidad, declinación y universalidad del proceso de envejecimiento. La forma y velocidad de tales cambios depende de diversos factores.

Aunque este se ha asociado con la disminución, en particular de condiciones biológicas, es preciso reconocer que se envejece durante toda la vida y que en cualquier tiempo no sólo evidencian decrementos, sino también incrementos funcionales. Así, en la vejez y mucho antes, es posible identificar disminuciones, por ejemplo, en la rapidez perceptual, pero también enriquecimiento en la actividad psicológica y social según la forma y las circunstancias en que se viva.

7.2.3 Clasificación del envejecimiento según la biología: este enfoque toma al envejecimiento como un proceso fundamentalmente biológico y lo clasifica en primario y secundario, que producen alteraciones fisiológicas como pérdida de la reserva funcional, movilidad, alteraciones en el metabolismo y cambios psicosociales¹⁰.

- **Envejecimiento primario:** se refiere a cambios biológicos que son universales, graduales, intrínsecos e inevitables; donde las células del organismo tienen un tiempo de existencia establecido con efectos acumulativos con el paso del tiempo, que repercuten a nivel orgánico y sistémico, disminuyendo la reserva funcional y aumentando la susceptibilidad de enfermar o morir. Las canas y las arrugas son ejemplos de cambios de la primera vejez.

- **Envejecimiento secundario:** hace relación a las condiciones fisiopatológicas que pueden notarse cada vez más en el individuo de edad avanzada, dependientes de las influencias extrínsecas, no son universales y son susceptibles de tratamiento. Un ejemplo de esto son los traumas, las enfermedades adquiridas, entre otras.

7.2.4 Clasificación según Rowe y Kahn del “envejecimiento normal”¹¹

¹⁰ CARPENITO. Diagnósticos de enfermería. Aplicación a la práctica clínica. Nueva York. Quinta edición. p.1005.

¹¹ LUNA TORRES, Leonor y otras. El anciano de hoy: nuestra prioridad “el cuidado de enfermería”. Colombia: Universidad Nacional, 1996, p.47.

- **Envejecimiento exitoso:** es el proceso de envejecimiento donde en la persona mayor se observa alteraciones funcionales que son atribuibles a este proceso. A medida que se presta mayor atención a efectos benéficos del ejercicio, la dieta, la supresión del tabaco, la moderación del consumo de alcohol y otros hábitos saludables se logra este envejecimiento. Este tipo de envejecimiento es muy difícil de encontrar ya que la mayoría de las personas no adquieren unos estilos de vida saludable.
- **Envejecimiento usual:** en este se observan cambios determinados por efectos combinados de la enfermedad, estilo de vida sumado al proceso de envejecimiento como consecuencia de la fragilidad presente en la persona mayor ocasionada por la disminución de la reserva homeostática asociadas con mayor riesgo de discapacidad.

7.2.5 Clasificación del envejecimiento según Marroquín: Guillermo Marroquín primer geriatra Colombiano (1980), tiene en cuenta la edad cronológica de la persona mayor, clasificándola en dos etapas: tercera edad inicia a los 49 años hasta los 77 años y esta a la vez se divide en vejez activa (49 a 63 años), vejez hábil (63 a 70 años) y la cuarta edad o senectud que inicia a partir de los 77 años y esta a su vez se ramifica en senectud probable (77 a 84), posible (84 a 91) y excepcional (entre 91 y más años).

7.3 COMPONENTES DEL ENVEJECIMIENTO

Dentro de la gran variedad de bibliografía sobre el envejecimiento encontramos que este se compone de una :

- **Edad biológica:** se entiende como el tiempo promedio que resta de vida a una persona. Esperanza de vida.
- **Edad psicológica:** capacidad que tiene una persona mayor para adaptarse al medio.
- **Edad social:** papel que tiene la persona mayor en la familia, en el trabajo y en la comunidad, así como intereses y actividades.
- **Edad funcional:** está relacionada con la salud, independencia física, y funcionamiento social y psicológico, la edad funcional hace hincapié en que esas necesidades y cambios se producen a distintas velocidades, todos los ancianos de la misma edad cronológica no funcionan al mismo nivel, la edad funcional proporciona una base mejor para los cuidados de la enfermera ya que le permiten dirigir su atención hacia los problemas de salud reales o potenciales.¹²

¹² PHIPPS. Wilma J. Enfermería medicoquirúrgica. México DF. interamericana SA. 1994.

7.4 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Desde hace mucho tiempo el ser humano ha tratado de explicarse el por que del envejecimiento para ello ha creado un sin numero de teorías, es así como en la década de los sesenta aparecen las teorías modernas del envejecimiento basadas en planteamientos de la antigüedad; estas teorías se clasifican en biológicas, ambientales y psicosociales.

7.4.1. Teorías biológicas del envejecimiento¹³.

- **Teoría del estrés:** afirma que el organismo tiene una cantidad determinada de energía que se utiliza y se pierde con el tiempo. El individuo ante una situación de estrés experimenta el síndrome de adaptación que consiste en una fase de alarma, una de resistencia y una de agotamiento. Dejando un daño residual en el organismo de quien experimenta dicha situación.¹⁴
- **Teoría de inmunidad:** propone que al envejecer el organismo sufre una depresión en el sistema inmune que disminuye su posibilidad de defensa contra los diferentes patógenos, permitiendo la proliferación de estos y produciendo anticuerpos que inactivan la función celular normal.
- **Teoría de los relojes biológicos:** esta teoría afirma que cada persona posee desde que nace un programa genético, que a la vez puede estar influenciado por factores exógenos o endógenos que lo lentifican o aceleran con el tiempo.
- **Teoría del uso y el desuso:** esta teoría considera que los organismos son maquinas, cuyo uso continuo de sus partes las desgasta produciendo detrimento y envejecimiento, la acumulación de lesiones produce una falla definitiva, ocasionando muerte de las células, tejidos y órganos.
- **Teoría del entrecruzamiento o enlaces cruzados:** esta teoría afirma que el entrecruzamiento de proteínas y macromoléculas celulares provocan el envejecimiento.
- **Teoría de lesión y reparación de DNA:** esta teoría se orienta en los hechos según los cuales durante toda la vida el DNA continuamente sufre lesiones, y cabría pensar que los trastornos relacionados con el

¹³ ROWE. John W. Envejecimiento y medicina geriatrica. 1990.p. 24.

¹⁴ LUNA TORRES, Leonor y otras. El anciano de hoy: nuestra prioridad "El cuidado de Enfermería".Colombia: Universidad Nacional,1996, p.47.

envejecimiento en los mecanismos de reparación guardarían relación con la disminución gradual de la función celular.

-
-
- **Teoría molecular:** esta se enfoca en la hipótesis que el tiempo de duración de la vida se encuentra determinado por la relación de los genes interactuando con el medio ambiente produciendo el envejecimiento. Esta teoría trata de explicar el proceso como un error en la transmisión de la información al ADN y RNA produciendo cambios estructurales que provocan el envejecimiento.

- **Teoría del radical libre:** los radicales libres son moléculas o átomos altamente reactivos con un electrón aislado capaz de causar al azar a diferentes estructuras de proteínas, moléculas de información, enzimas, y DNA. Esta teoría considera que al aumentar la edad se producen toxinas como antioxidantes endógenos por reacciones en la formación de iones cruzados intra e intermoleculares a nivel del colágeno y del ADN que originan alteraciones fisiológicas.

- **Teoría de los sistema orgánico:** esta teoría explica el envejecimiento como un producto del deterioro o pérdida de la función de ciertos órganos o sistemas orgánicos claves como: el nervioso, el endocrino y el inmunológico generadores de cambios a nivel de otros sistemas. Esta teoría tiene que ver con la existencia de un reloj biológico que regula el ciclo vital del ser humano y que activa las alteraciones fisiológicas del proceso del envejecimiento.

- **Teoría de la preprogramación genética:** la teoría de la preprogramación genética de la vejez dice que las células humanas sólo reproducen hasta cierta edad de las personas, después de la cual ya no pueden separarse (Hayflick, 1974). Una parte de esta hipótesis sostiene que algunas células son genéticamente preprogramadas para obtener un carácter maligno para el cuerpo después de algún tiempo, con lo cual la biología del organismo se transforma en “autodestructiva” (Pereira – Smith et al., 1988)¹⁵.

7.4.2. Teorías psicosociales del envejecimiento: las teorías psicosociales incluyen: la teoría del estrés(también biológica), socioambiental, la desarrollista, desvinculación y actividad¹⁶.

¹⁵ TORRES GONZALEZ. Mario. Fisiología del envejecimiento. Síndrome y cuidados del paciente geriátrico. Masson S.A.

¹⁶ LUNA TORRES, Leonor y otras. El anciano de hoy: nuestra prioridad “El cuidado de Enfermería”. Colombia: Universidad Nacional, 1996,

- **Teoría de la desvinculación:** esta atribuye el envejecimiento a la separación mutua e inevitable del individuo con la sociedad, y la forma recíproca de la sociedad con la persona mayor a quien margina.
- **Teoría desarrollista:** según ERICKSON quien afirma que “la persona afronta tareas en cada etapa de su vida, siguiendo para ello una secuencia cronológica”.
- **Teoría socio ambiental:** para esta teoría son más importantes las características personales y la relación armónica de estas con la sociedad más que el concepto mismo que prima en el medio.
- **Teoría de la actividad:** considera que cuando el individuo en la vejez, sigue interactuando con la sociedad la vida es aun más satisfactoria.

7.4.3. Teorías ambientales: dentro de esta categoría se encuentran la ecología gerontológica y la de congruencia.¹⁷

- **Teoría de la ecología gerontológica:** considera que la persona en cada etapa de su vida, procura buscar un equilibrio o nivel de adaptación entre su competencia y las presiones del medio.
- **Teoría de la congruencia:** Kahaba quien estableció esta teoría considera que lo más importante son los proyectos, las necesidades personales de intimidad, la vida privada, las posibilidades y limitaciones que el ambiente ofrece para expresarlas.

7.5 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

- El envejecimiento comienza antes del nacimiento y se produce a nivel universal en los individuos y a diferente ritmo.
-
- En un mismo individuo cada sistema de organismos disminuye su función en forma desigual.
-
- Hay reducción de la capacidad de reserva por pérdida real de células individuales en distintos órganos y tejidos del cuerpo.

¹⁷ LUNA TORRES, Leonor y otras. El anciano de hoy: nuestra prioridad “El cuidado de Enfermería”. Colombia: Universidad Nacional, 1996, p.47.

- El envejecimiento normal no sólo produce cambios en el aspecto físico sino también en la capacidad funcional y de adaptación al ambiente.
- Si no existe patología o estrés la persona no se percata con facilidad del declive funcional.
- Con el paso de los años recuperar el estado de equilibrio del organismo después de una enfermedad o descompensación psicológica es más lento y menos eficiente.
- La capacidad, necesidad o interés en la sexualidad se conserva a través del tiempo a pesar de los cambios fisiológicos.
- El envejecimiento no debe ser considerado como una enfermedad aunque se reconoce que ocasiona disminuciones funcionales y se tiene una mayor probabilidad de morir. Un individuo, en condiciones adecuadas conserva y mantiene las capacidades físicas y psicológicas que permiten su integración, al medio.
- El proceso de envejecimiento es progresivo y genera cambios corporales ostensibles y situaciones imprevistas a las cuales debe adaptarse cada individuo.

7.6 CONDICIONES SOCIALES, ECONOMICAS, CULTURALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Las personas mayores presentan algunos aspectos comunes, pero no constituyen un grupo totalmente homogéneo, sino que hay diferencias sociales, económicas, culturales y de salud entre ellos, algunas de ellas son:

- ☉ Los distintos grupos de edad dentro de la edad geriátrica, enmarcados en circunstancias sociales distintas.
- ☉ Mayoría de un sexo determinado: mujeres.
- ☉ Niveles de formación variables, con predominio de grados bajos.
- ☉ Diversidad de poder adquisitivo.
- ☉ Los diversos estados de salud física y mental condicionados por la edad, con presencia desigual de minusvalías.¹⁸

7.6.1 Condición social: esta es entendida como el conjunto de aspectos que tienen que ver directamente con el ser mismo y con su naturaleza. En este sentido, un componente importante de la estructura social de toda

¹⁸ RUIPEREZ CANTERA y otros. Auxiliares y cuidadores de ancianos. Colombia. Editorial Nomos. 1998

persona mayor lo constituyen su familia y la sociedad, ya que en torno a estas giran numerosas circunstancias como las relaciones sociales, las formas de convivencia, las situaciones de soledad y el aislamiento social, que influyen directamente en su vida y cotidianidad. De hecho, a medida que avanza la edad, la familia se convierte en el centro principal de sus relaciones y en el punto de referencia de su estructura social.¹⁹

Otro punto crucial lo compone la jubilación, que determina el final de la etapa productiva. Aunque muchas personas a la edad de 60 años se encuentran en plenas facultades físicas e intelectuales, socialmente ya se les considera “viejos”. Pero, para las personas mayores este hecho puede significar a veces una liberación y otras veces un aislamiento de cierto carácter negativo.

El proceso laboral se realiza generalmente en un contexto social donde se establecen relaciones con individuos afines, y por tanto se mantienen unas relaciones sociales; al concluir la actividad laboral la persona mayor debe afrontar el problema de llevar un vacío por pérdida de estas relaciones y afrontar el nuevo problema que consiste en buscar algo que hacer, debe crear una rutina que lo mantenga ocupado y de sentido al tiempo que dispone.

En nuestra cultura la vejez se asocia con un papel pasivo, no se le reconoce su utilidad, produce una sensación de soledad y las fortalezas y cualidades por las que tiene prestigio dejan de tener valor para una cultura que pone sus ideales y sus fines única y exclusivamente en lo novedoso, lo cambiante, lo intuitivo, lo inacabado, dando la espalda a los valores de tradición, obligando a las personas mayores con frecuencia a dejar sus actividades productivas por el fenómeno de la jubilación, hasta el extremo de precipitar la muerte debido a esta situación marginal. Hay que tener en cuenta también el enfrentamiento de generaciones, facilitado y popularizado por los medios de comunicación de masas, determinando dos únicas categorías contrapuestas: vejez y juventud.

Así como se ha comprobado que es falsa la opinión de que la vejez es resultado inevitable de la edad, también es errónea la opinión de que la vejez forzosamente implica la soledad. Las personas mayores por lo general se ven a sí mismos como parte de la soledad. Una encuesta representativa muestra que sólo un 12% de las personas de 60 años a más ven la soledad como un problema serio (Harris Poll, 1975); no obstante, los modelos y el comportamiento sociales de las personas mayores son diferentes en ciertos ámbitos a los de las personas más jóvenes²⁰.

Cada persona tiene una idea acerca de las personas mayores y crea un prejuicio acerca de ellas, entre los más comunes encontramos:

- El viejo no puede aportar nada útil, entonces para que escucharlo, para que incluirlo, para que consultarlo, vive en su mundo, para que contarle las cosas, para que integrarle.

¹⁹ TORRES. Manuel de Jesús. Red adulto mayor Cundinamarca, Cundinamarca. 1993.

²⁰ DULCEY RUIZ. Elisa. Participación activa del adulto mayor en la sociedad. Asociación interdisciplinaria de gerontología. Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. 1994.

- No debe sufrir ni enterarse de las cosas negativas porque lo afecta, entonces se la tiene al margen de la realidad ocultándole si alguien se muere o se enferma gravemente.
- Ya esta viejo para trabajar. Que descansa, no se le pregunta al interesado que es lo que quiere ni se tiene en cuenta su voluntad.
- No puede decidir por si solo. Los viejos tienen muchos accidentes en el hogar. No son responsables y pierden las cosas. les gusta vivir aislados.
- Y nos surgen algunas preguntas ¿esto sucede siempre?, ¿le sucede a todos?²¹

7.6.2 Condición económica: uno de los condicionantes más importantes de la persona mayor es su posición social durante la etapa productiva de su vida y más en su vejez. Los ingresos disponibles vienen determinados por el salario del trabajo que desarrollo en su vida activa, dichos ingreso le permiten acceder a bienes como alimentos, vestidos, salud, viajes, etc, que sólo se pueden conseguir con dinero y que se convierten en factores indispensables para determinar su calidad de vida.

La perdida de la capacidad de ganar dinero es un factor que prima como condicionante en la vejez, tanto así que afecta su entorno, su espacio vital al no generar mayores ingresos así tengan una pensión por jubilación; los cambios hacen vulnerable su espacio sociofamiliar, impidiéndoles en la mayoría de las ocasiones poder adquisitivo y de toma de decisiones.

Si la persona mayor posee ingresos ya sea por jubilación, economía independiente o proveniente de los hijos, hay una ventaja para el adulto mayor, sin embargo muy pocos se sienten adaptados al momento que viven y tienen pocos proyectos para lo que les resta de vida; otro grupo debe producir ingresos para otros, por necesidades o por explotación de familiares. Se puede entonces considerar que la falta de recursos materiales es causa directa o indirecta de procesos carenciales cuali y cuantitativas como la vivienda, servicios públicos, baja escolaridad, desnutrición, deficiencia de vitaminas; todo lo cual influye en la prevalencia de enfermedades carenciales y en un mayor índice de letalidad, por la escasez de recursos para atender necesidades más allá de la mera subsistencia.

En Colombia existen desigualdades económicas y empobrecimiento que afecta los ingresos de todas las edades y especialmente la de las personas mayores, pues no se cuenta con políticas públicas para proteger económicamente la población envejeciente. Solo encontramos programas específicos de subsidio para la atención de la vejez indigente y en algunos casos al nivel uno del SISBEN. Además quienes deben trabajar para poder sostenerse encuentran que no se les reconoce la experiencia en el momento de fijar los salarios, viéndose afectada de esta manera la cantidad de ingresos disponibles para satisfacer sus múltiples necesidades.²²

²¹ GIL, Gregorio. El objetivo es integrar al anciano en la sociedad. I jornada Nacional de psicogeriatría. 1999.

²² ANGEL BARAJAS. Isabel. El anciano v la atención de enfermería. Tunja ,1996.

7.6.3 Condición cultural: cada sociedad posee una cultura con características propias en la cual se reconocen sus habitantes y representa una aproximación de todo aquello que pensamos, hacemos, decimos o callamos.

En este sentido encontramos, el nivel educativo es un elemento fundamental de desarrollo cultural, ya que contribuye con la formación de una identidad que repercute de cierta manera sobre el individuo, en este caso sobre las personas mayores; así pues, la pobreza intelectual puede resultar tan negativa como la pobreza material. Las personas instruidas viven mejor que las que no lo son, aún cuando tengan los mismos ingresos, ya que tienen más posibilidad de aprovechar el tiempo libre con el que cuentan en actividades culturales, deportivas, turísticas y de esparcimiento, resultando beneficioso para cultivar sus intereses y ocupaciones²³.

Aunque para estas personas no solo el nivel educativo y material hacen un mejor o peor desempeño de su tiempo, también la reducción de la capacidad de desplazamiento y de su salud en general disminuyen las oportunidades de realizar actividades en las que podrían ocuparse.

De otro lado, se encuentran los programas que se caracterizan por la poca inclusión de las personas mayores y los existentes se limitan a la población mayor de nivel 1 y 2 del SISBEN involucrándolos en actividades físicas, recreativas y educativas. Generalmente la población mayor del área rural no tiene la posibilidad de participar en estos programas debido al conflicto interno que vive el país.

Para el adulto mayor no ser una persona respetada en su medio cultural, implica desvinculación de muchas de sus actividades favoritas y costumbres descubriendo un cambio de posición social cuando percibe que es protegido, tolerado, ignorado o tratado en forma especial. El individuo es considerado como poco útil y por tanto no se le solicita su contribución, visión totalmente errada por una sociedad no educada para envejecer.

7.6.4 Condición de salud : esta es el resultante de unos factores de riesgo los cuales son tenidos en cuenta para disminuir los problemas de salud de la población. Dichos problemas son situación de enfermedad o muerte no satisfactorios ya sea por que a pesar ser situaciones inevitables no se hizo lo suficiente o por que si son evitables no se manejaron adecuadamente.

La valoración del nivel de salud de las personas mayores debe ser integral, si solo se considera su edad cronológica y diagnósticos que le afectan no se obtendrá una visión real de su bienestar biológico y social. Para tener una visión más amplia de su situación vital es importante evaluar su capacidad funcional o grado de independencia, ya sea desde un punto de vista físico, psíquico o social, para definir mejor sus necesidades y orientar mejor los

²³ SAVAGE, R,D y otros. Dinámica intelectual de la tercera edad. España. Madrid. Ed. Castillo. 1980.

recursos socio sanitarios existentes²⁴.

De otro lado es importante tener presente que el nivel de salud de una persona mayor se ve influenciado en gran parte por aspectos como la cantidad y la calidad de los servicios asistenciales que se les presta y por los hábitos o conducta no saludables tomadas como propias a lo largo de la vida y que repercuten directamente sobre su estado de salud. Como también de los prejuicios que se tienen en relación con la salud - enfermedad de las personas como:

- Los viejos están, en general, enfermos.
- Pasan mucho tiempo en la cama por sus enfermedades.
- Toda enfermedad que se presenta en la vejez es crónica.
- La mayor parte viven hospitalizados o institucionalizados crónicamente.²⁵

7.7. CAMBIOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

7.7.1 Cambios fisiológicos²⁶

A. Sistema nervioso: se producen cambios estructurales y neuroquímicos. Aunque la valoración de estas modificaciones a esta edad es difícil, el hecho de envejecer no tiene por qué asociarse a un deterioro intelectual. Los cambios funcionales que el envejecimiento determina en el Sistema Nervioso Central se traducen en modificaciones a diferentes niveles como sensitivo, motor, de capacidad intelectual y de comportamiento que son producidos por las siguientes modificaciones:

- El tamaño y el peso del cerebro se mantiene estable hasta la 5 o 6 década, a partir de la cual empieza a disminuir el 2% del peso por década(100 a 150 gramos)
- Perdida progresiva de células cerebrales. La pérdida de neuronas suele ser gradual y difusa.

²⁴ LUNA TORRES, Leonor y otras. El anciano de hoy: nuestra prioridad "El cuidado de Enfermería". Colombia: Universidad Nacional, 1996, p.47.

²⁵ GIL, Gregorio. El objetivo es integrar al anciano en la sociedad. I jornada Nacional de psicogeriatría. 1999.

²⁶ MARTINEZ, Robert. Educación para una vejez sana. México. 1995. p. 48

- En la neuronas y células miocárdicas hay acumulación del pigmento lipofuscina por la peroxidación de los lípidos que disminuye la duración de la vida.
- Atrofia progresiva de las circunvoluciones de la superficie cerebral y en consecuencia amplitud y profundidad de los espacios entre las circunvoluciones.
- Hay un engrosamiento de las meninges y desmielinización por el aumento del amiloide.
- Se aumenta los umbrales táctiles, disminución de la sensibilidad vibratoria, aumenta la distancia discriminatoria entre dos puntos y alteración en la capacidad discriminatoria del dolor y la temperatura, debido a la disminución de los neurotransmisores y al número de receptores postsinápticos, lo cual modifica la funcionalidad.
- Disminución del riego sanguíneo al cerebro de 20% en las neuronas restantes.
- Aumenta el tiempo para reaccionar, se disminuyen los reflejos por la dilatación de los ventrículos propio de esta edad, aunque la longitud de las dendritas disminuye los procesos dendríticos y la velocidad de conducción del impulso nervioso, lo cual origina aumento de la respuesta refleja.
- Trastornos motores y psicológicos asociados (trastorno en la memoria para hechos recientes), pero ninguna en la memoria de hechos pasados.
- Cambios de personalidad, parecen estar relacionados con el riego del cerebro y cambios en el sistema nervioso: pérdida de interés, resistencia a aceptar nuevas ideas, melancolía, pesimismo, pérdida de intensidad de la respuesta emocional, falta de adaptabilidad, posesionismo anormal, confusión mental.
- Disminución de la agudeza sensorial (vista, oído, olfato, gusto y tacto)

B. Sistema respiratorio: con el envejecimiento la capacidad y defensa pulmonar se ve afectada por diversos cambios entre los que encontramos:

- Disminuye la elasticidad de los pulmones, y pared torácica, por infiltración y depósito de colágena. Además se encuentra debilidad de los músculos respiratorios.
- Disminución de la movilidad de las costillas. Tendencia a la calcificación en los cartílagos costales.
- Hay menos difusión de oxígeno por aumento de la colágena y tejido cicatrizal del pulmón y disminución del riego sanguíneo pulmonar.

- Volumen, peso y consistencia del pulmón se encuentran disminuidos, hay dilatación y confluencia de cavidades alveolares. Además de adelgazamiento o desaparición de tabiques interalveolares.
- Engrosamiento y endurecimiento de las arterias pulmonares y disminución de riego sanguíneo pulmonar que contribuye a las arritmias.
- Disminución de la capacidad pulmonar total. Cambios en los volúmenes de aire inspirado-expirado. Se presenta un aumento en el espacio muerto y marcada disminución del movimiento ciliar; del mismo modo la presión arterial de O₂ decrece ligeramente después de los sesenta años.
- Los mecanismos de defensa respiratoria disminuyen, el reflejo de la tos disminuye reduciendo el intercambio de aire, que permanece acumulado en el pulmón, aumentan las secreciones y dificulta la expectoración
- Dilatación y adelgazamiento de paredes de los bronquios, esclerosis de los mismos y de los tejidos de soporte.

C. Sistema cardiovascular: en este sistema se producen diferentes cambios anatómicos en los tejidos y en la función cardíaca que dan lógicamente modificaciones importantes en el funcionamiento cardíaco entre las que se encuentran:

- Disminución de la función cardíaca real y del gasto cardíaco.
- Disminución del peso del corazón.
- Hipertrofia cardíaca del ventrículo y aurícula izquierda sin que exista enfermedad.
- Aumento de la frecuencia cardíaca, resistencia periférica al flujo sanguíneo y la presión arterial sistólica.
- Modificaciones en la composición del tejido: calcificaciones, acumulación de grasa. Que producen el engrosamiento de las paredes de los vasos sanguíneos, esto hace que disminuya el flujo sanguíneo.
- Alteraciones del ritmo del corazón, frecuentemente por situaciones de estrés.
- Pérdida de elasticidad en el corazón y los vasos sanguíneos.
- A los 80 años el 100% del ritmo sinusal se pierde.
- La onda del pulso en su velocidad de propagación es 10 veces menor que la corriente sanguínea.

- Elongación de las arterias, estas se vuelven tortuosas y calcificadas y existe dificultad en el retorno venoso.
- Disminución de la irrigación y la nutrición de los tejidos como cerebro, hígado, riñones, etc, al disminuir el flujo sanguíneo.

D. Sistema gastrointestinal: al envejecer se producen cambios anatómicos y funcionales en el tracto intestinal, hígado, vías biliares y páncreas. Los cambios funcionales pueden afectar la función motora, secretora, de absorción. Dentro de esto cambios encontramos:

- Disminución de la masa muscular que ocasiona alteración en la deglución y la masticación. Se puede presentar restricción del vaciamiento gástrico para los líquidos por disminución en la contractibilidad del tercio inferior del esófago y del fondo gástrico, lo cual incrementa el riesgo de gastritis por medicamentos.
- Reducción del volumen de ácido clorhídrico y disminuye la motilidad produciendo sensación de llenura.
- Reducción en la absorción de carbohidratos por disminución del vaciamiento gástrico y de la flora bacteriana. Hay disminución de la absorción de calcio, ocasionándose la osteoporosis al igual que el hierro y vitaminas B1 y B12 debido a la disminución de la acidez del jugo gástrico que se observa en el tercio proximal del intestino delgado.
- Se observa la atrofia del colón con tránsito lento debido a alteración de la inervación trayendo como consecuencia el incremento de la diverticulosis y presentándose una tendencia al estreñimiento.
- Se presenta incremento en la absorción de vitaminas liposolubles como la A y la K.
- En la boca, se presenta sequedad de la mucosa oral, por insuficiencia de las glándulas salivales, la lengua sufre de atrofia con disminución de la función de las papilas, los dientes sufren desgaste de la corona, erosión del esmalte, aumento del cemento y atrofia de la pulpa, disminución de la actividad motora de los músculos masticadores, lo cual ocasiona una masticación deficiente.
- En el hígado se observa una disminución en su tamaño a partir de los 50 años, se reduce su peso y se altera el metabolismo de sustancias como los fármacos, hay alteración en la síntesis de proteínas con aumento de la proteína intracelular.
- En el páncreas se presenta una disminución de su peso y de las enzimas pancreáticas, hay un aumento de la grasa pancreática y se presenta secreción del bicarbonato pancreático.

- La vesícula biliar presenta un tiempo de vaciamiento lento tornándose la bilis espesa y con menos volumen.

E. Sistema músculo esquelético: en este se presentan una serie de cambios morfofisiológicos en los músculos, los huesos y las articulaciones, que repercuten tanto en la forma como en la movilidad y las actividades de la vida diaria. Dentro de estos encontramos:

- Disminución del tono, la fuerza y la elasticidad del tejido muscular (se produce un adelgazamiento de las fibras musculares y pérdida de las estrías). La constricción y esclerosis de los tendones y los músculos origina una respuesta diferida de los reflejos.
- El hueso pierde su densidad, se vuelve poroso, más liviano y quebradizo (osteoporosis)
- Cambios a nivel del cuerpo vertebral y del disco vertebral (la persona puede encorvar y disminuir de estatura)
- Alteraciones en la postura debida a cambios estructurales en ligamentos, articulaciones y huesos. Los ligamentos se calcifican y osifican; las articulaciones se ponen rígidas por erosión de las superficies articulares cartilaginosas y puede haber osificación y cambios degenerativos en la sinovial.
- Desgaste del cartílago articular, sobre todo en las articulaciones que soportan peso, como en la columna vertebral, caderas y rodillas, apareciendo la artrosis.
- Disminución de la amplitud del movimiento articular, alteraciones de la marcha, equilibrio y coordinación.

F. Sistema urinario: el envejecimiento normal esta acompañado de evidentes cambios en este sistema que afectan tanto su estructura como su funcionalidad., tales cambios son:

-
- Disminuye la masa renal especialmente en las zonas corticales, el flujo sanguíneo, la función y adaptabilidad renal.
- Hay una perdida de nefronas del 30 al 40 % iniciando por una esclerosis o deformación del glomérulo, seguida de una atrofia de las arterias aferentes.
- Reducción de la circulación sanguínea a través de los riñones y disminución del índice de filtración glomerular.

- Disminución en el tono de la musculatura de la vejiga, a veces su capacidad se encuentra disminuida en 150 a 200 ml y disminución en el control de la evacuación.

G. Sistema reproductor:

- Se presenta la menopausia en las mujeres y la andropausia en el hombre.
- En el hombre los tubulos seminíferos se alteran, la túnica testicular externa sufre esclerosis con aumento del tejido colágeno y degeneración de las fibras elásticas, baja la tasa de testosterona disminuyendo el tamaño y firmeza testicular, se reduce la producción de esperma y su motilidad, desciende el volumen y viscosidad del liquido seminal, el numero de eyaculaciones se reduce.
- En la mujer hay perdida del vello púbico, se atrofian los labios mayores, el cuello y la vagina, con una disminución del útero, trompas y ovarios, la flora vaginal cambia, el PH se torna alcalino lo que predispone a vaginitis, dispareunia, hemorragia y celes.
- La actividad sexual disminuye en algunas mujeres debido a que pueden tener un coito doloroso ocasionado por el adelgazamiento de las paredes vaginales o a la falta de lubricación. A los hombres les afecta un tipo de impotencia secundaria causada por la ansiedad que supone su actuación.

H. Piel

- La piel pierde fuerza, elasticidad presentando un contenido disminuido de agua y disminuye la sudoración.
- Se observan pliegues y arrugas por atrofia del plano dérmico debido a la perdida de vascularidad y grasa subcutánea.
- Aparecen coloraciones pigmentarias focales.
- Hay una tendencia a la calvicie; el pelo se vuelve gris y se presenta su caída.
- Se presenta sequedad por pérdida de las glándulas que segregan aceite.
- A nivel del tacto, disminuye la respuesta a la sensación de dolor y a las variaciones de temperatura.

I. Órganos de los sentidos

- OJOS: disminuye la agudeza visual, la acomodación a la luz, la visión lateral y la claridad, la piel alrededor de las orbitas se torna laxa produciendo papados caídos, hay sequedad de la conjuntiva, mayor lagrimeo, disminución de la sensibilidad de la cornea, aparece el arco senil como consecuencia de la acumulación de lípidos en el estroma corneal de la zona limbal, el cristalino pierde brillo y disminuye su elasticidad y la esclera se hace mas vascularizada.
- OIDO: se presenta cerumen abundante por modificación de la piel del conducto auditivo externo que favorece la acumulación de este, además de hipertriosis y agrandamiento del lóbulo de la oreja; hay cambios en el oído medio (degeneración del órgano de corti, disminución de las neuronas de la coclea y cortaza temporal, la membrana basilar pierde elasticidad, artrosis de los huesillos) lo cual afecta la conducción del sonido con alta frecuencia llamado presbiacusia, igualmente se presentan cambios en el nervio auditivo lo que conlleva a trastornos auditivos y hay dificultad para controlar la postura lo que hace a la persona mayor mas propensa a caídas por vértigo y mareo.
- CAVIDAD ORAL: frecuentemente aparecen procesos inflamatorios por cambios en las encías, hay predisposición a caries por alteración del esmalte y dentina de los dientes, se presenta flacidez en los músculos que intervienen en la masticación, disminución de la secreción salival, perdida de la dentadura propia, disminución del numero de bulbos gustatorios en un 80% lo que conduce a la perdida de la habilidad de diferenciar los sabores (hipogeusia), disminución de la sensación de calor o frío y se disminuye el reflejo nauseoso.
- NARIZ: hay cambios en la mucosa nasal por disminución de la vascularización, al igual que tendencia a la resequedad nasal, aumento de los pelillos en numero y grosor y disminución del olfato por pérdida de células olfatorias, con frecuencia puede aumentar el tamaño de la nariz por el crecimiento del cartílago

7.7.2 Cambios de conducta y en la capacidad intelectual: *“ la salud mental depende de : como nos sentimos frente a nosotros mismos, como nos sentimos frente a otras personas y en qué forma respondemos a los demandas de la vida”*²⁷ dentro de estos se encuentran los comportamientos cognoscitivos, afectivos y psicomotores, estos pueden proceder o seguir a las modificaciones biológicas y sociales. Los cambios más frecuentes en la capacidad intelectual son considerados en áreas de la conciencia, atención, lenguaje, memoria, habilidad manual, constructiva y las funciones intelectuales mas elevadas.

²⁷ MARTINEZ, Robert. Educación para una vejez sana. México. 1995. p. 48.

- Los rasgos de la personalidad se reafirman con la edad.
- Se genera angustia y depresión por la atención a los cambios físicos y funcionales.
- Disminución en la capacidad de adquirir, retener nuevos hechos y realizar tareas novedosas.
- El envejecimiento puede mejorar el funcionamiento mental de la persona en algunos aspectos como en el conocimiento y claridad acerca de algunos temas y en algunas aptitudes como la comprensión verbal que es conocida como la inteligencia cristalizada desarrollada con los años de experiencia.
- El aprendizaje suele ser mas lento por el temor a cometer errores
- Hay un cambio en el estado de la memoria donde la persona puede recordar sucesos de hace muchos años, pero sucesos del pasado reciente no, presentándose un aumento significativo de personas mayores con demencias incipientes y en estados severos. Para recordar la información se deben utilizar métodos como la asociación de hechos con situaciones similares, personas, objetos, etc.
- Una de las mayores dificultades que se presentan en las personas mayores es el de la depresión y los consecuentes trastornos en el estado de animo y cambios en el comportamiento.²⁸

7.8 EL CUIDADO

- El cuidado forma parte de la estructura básica de la sociedad, cuidar es atender a la persona en sus necesidades alteradas y en las no alteradas para evitar que se alteren. Además son las acciones que se llevan a cabo con el fin de conseguir el funcionamiento optimo de la persona.

En este sentido, se involucra el cuidado de enfermería que “es el ser y la esencia de ejercicio de la profesión . Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimiento actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas”²⁹.

Considera acciones orientadas a satisfacer necesidades vitales, asegurando la vida dentro de las más exigentes condiciones de dignidad humana, teniendo en cuenta las condiciones particulares de vulnerabilidad e indefensión.

La acción de cuidar puede realizarse sobre un individuo o grupo social de manera unidireccional centrada en la capacidad y decisión total de aquel que

²⁸ LUNA TORRES, Leonor y otras. El anciano de hoy: nuestra prioridad “El cuidado de Enfermería”. Colombia: Universidad Nacional, 1996, p.47.

²⁹ CONGRESO DE COLOMBIA. proyecto de Ley 266 de 1996. capitulo II.

brinda el servicio, también es ejercida mediante la integración social, el reconocimiento del otro, de su situación particular, el mutuo respeto o de una manera autónoma por parte de la persona que cuida de si misma.

Es igualmente una practica social cuyo propósito se orienta en promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento y rehabilitación; proporcionando las medidas necesarias que contribuyan ha lograr el bienestar de la persona, donde el profesional desarrolla su trabajo supliendo, ayudando, educando e informando³⁰.

7.8.1 Cuidado de enfermería: el cuidado de Enfermería ha sido un tema de muchas discusiones y estudios desde el mismo inicio de la profesión, de tal forma que surgen un gran numero de modelos de enfermería para tratar de conceptualizar este que hacer tan fundamental en la vida diaria de las personas. De esta manera Virginia Henderson afirma que “la enfermería consiste ante todo en ayudar al individuo (sano o enfermo), en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud o a su recuperación (o a alcanzar una muerte tranquila), actividades que pueden llevar a cavo (el individuo) sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Es también labor peculiar de la enfermera preparar a los individuos para independizarse de dicha ayuda tan pronto como sea posible”; otras teoristas como Abdellah define el cuidado de enfermería como la atención a las necesidades de las personas y sus familiares relacionadas con su salud y enfermedad, los cuales el profesional debe afrontar en conjunto con sus conocimientos, experiencias y habilidades; tales conceptos son reafirmados por Dorathea E. Orem y añade nuevas ideas a su conceptualización con su teoría del déficit del autocuidado el que define como el conjunto de actividades que realizan los individuos a favor a la manutención de su propia vida, la salud y el bienestar. Todas estas teorías y muchas más que surgen alrededor de la profesión y se tornan fundamentales para el desempeño con calidad y humanismo de la misma.

7.8.2 Cuidado ambulatorio: se refiere al cuidado primario y continuo en cualquier situación que no requiera de estancia nocturna; cuyo objetivo principal es mantener el mejor nivel de funcionamiento de la persona el mayor tiempo posible³¹.

Dentro del cuidado ambulatorio se encuentran todos las actividades educativas al adulto mayor en cuanto a su autocuidado de la salud en su hogar, en la calle, en la institución y en todo su medio de desenvolvimiento diario para así conservar aún más su nivel de autonomía, mantener y mejorar su calidad de vida.

³⁰ MARTINEZ, Robert. Educación para una vejez sana. México. 1995. p5.

³¹ RUIPEREZ CANTERA y otros. Auxiliares y cuidadores de ancianos. Colombia. Editorial Nomos. 1998.

7.9 AUTOCUIDADO

La OPS. (Organización Panamericana de la Salud) afirma que “el autocuidado de la salud consiste en todas las medidas y decisiones que adopta una persona para prevenir, diagnosticar y tratar la propia enfermedad: todo comportamiento personal dedicado a mantener y mejorar la salud, y en la decisión de utilizar tanto los sistemas formales como informales de salud.”³²

El autocuidado es el cuidado que hace la persona por si misma y también lo que hacen otras personas por él durante toda su vida en sus dimensiones biopsicosociales y en su medio ambiente, ya que el hombre es un ser integral, para mantener su cuerpo, su imagen, autoconcepto, autopercepción, autovaloración y autoestima.

De esta manera, todas las acciones que se realicen deben buscar en la medida de lo posible como objetivo fundamental producir bienestar que contribuya con la calidad de vida para disfrutar de esta con salud y felicidad.

7.9.1 Clases de practicas del autocuidado

En el autocuidado hay dos(2) tipos de practicas:

- **INDIVIDUALES:** son las acciones individuales aprendidas que se realizan con base en la rutina o ha tenido un modelo.
- **COLECTIVAS:** la comunidad posee normas que generan acciones condicionadas y que se asumen en grupo.

7.9.2 Clases de autocuidado: dentro de las clases de autocuidado se encuentran: el universal y el específico de la morbilidad.³³

- **UNIVERSALES:** son aquellas que buscan mantener satisfechas las necesidades básicas y lograr el bienestar de la persona, de acuerdo a unos elementos culturales de la comunidad. La acciones de autocuidado básicas son:

1. Acciones De Higiene Personal:

‡ Consumir alimentación equilibrada.

-Requerimientos calóricos por edad y actividad.

³² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfermería Gerontológica. Concepto para la practica. Serie paltex. N. 31. Washington.1993.

³³ MARTINEZ, Robert. Educación para una vejez sana. México. 1995.

-Proporción adecuada de nutrientes.

-Aporte hídrico

† Aseo corporal.

-Medidas higiénicas de baño, salud oral, lavado de manos.

-Higiene del vestido.

† Vigilancia de la eliminación urinaria e intestinal.

† Actividad física.

-Ejercicio y deporte regular.

† Vigilancia de los signos anormales que se puedan presentar en el organismo.

3. Acciones De Higiene Mental

a. Fomento de relaciones interpersonales positivas

b. Actitudes de reconocimiento y ayuda a las demás personas

c. Utilización de soportes de apoyo ante el estrés

d. Fomento de la vida activa

e. Fomento de la comunicación: familiar, laboral y en otros campos

f. Fomento de las practicas culturales, religiosas, etc propias de cada persona.

g. Educación para la recreación y el deporte.

4. Acciones De Higiene Del Medio.

i. Vivienda limpia y ventilada

ii. Servicios básicos completos y en buenas condiciones.

iii. Eliminación de barreras arquitectónicas-toxicas.

iv. Normas de seguridad social.

- ESPECIFICOS DE LA MORBILIDAD O ANTE LA ENFERMEDAD:

Se dirige a prevenir complicaciones de la enfermedad aguda o crónica.

1. Enfermedad Aguda

- 🔔 Identificar oportunamente signos y síntomas.
- 🔔 Cuidados en pro de mantener las funciones vitales.
- 🔔 Consulta oportuna a las instituciones de salud.
- 🔔 Cumplir prescripción medica.
- 🔔 Utilizar los medicamentos según orden medica.
- 🔔 Guardar reposo y actividad ordenados.
- 🔔 Consultar ante nuevas complicaciones.

2. Enfermedad Crónica

- ➡ Identificar oportunamente signos y síntomas
- ➡ Consultar oportunamente
- ➡ Tomar conciencia ante el diagnostico identificado
- ➡ Reorganizar su estilo de vida como medida de apoyo ante el tratamiento.
- ➡ Modificar o cambiar comportamientos evitando complicaciones. (buscando apoyo educativo y técnico para el autocontrol).
- ➡ Incorporar os cambios a un estilo de vida funcional, física, psíquica y social.

7.9.3 Justificación de la autoatención en la vejez.

- ☺ Las incapacidades en la vejez no son universales (la invalidez no es homogénea para todos).
- ☺ La mayoría de las incapacidades si tienen terapéutica oportuna y apropiada, logran mantener a la persona mayor lo mas funcional posible.

-
-
-

- ☺ Las incapacidades asociadas al envejecimiento no obedecen exclusivamente a procesos biológicos independientes de factores sociales y psicológicos.
- ☺ La potencialidad del aprendizaje se mantiene en la vejez,. Teniendo sus variaciones personales.

7.9.4 Beneficios del autocuidado en la vejez: .³⁴

- ☞ Propicia y mantiene la funcionalidad de la persona y su familia.
- ☞ Reconoce oportunamente los factores de riesgo y actúa sobre ellos.
- ☞ Mantiene una buena calidad de vida.
- ☞ Mantiene a los miembros de la familia en su hogar, no requieren ser institucionalizados

7.10. CAPACIDAD FUNCIONAL

Esta se puede definir como la facultad que tiene una persona , para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD) sin necesidad de una vigilancia, dirección o asistencia, es decir, la capacidad para ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad.

Existen factores como la presencia de enfermedad, el deterioro físico y sensorial, el estado mental, los hábitos y estilos de vida, el uso de tiempo libre, la motivación, las expectativas presentes, los roles sociales, la ocupación, el medio ambiente y condiciones de vida, que determinan la capacidad funcional de una persona.³⁵

7.11 ANTECEDENTES DE CENTRO DIA GERONTOLÓGICO.

7.11.1 Antecedentes de Centros Día Gerontológico en otros países: desde 1900 el tema de la vejez ha despertado gran interés para los gobiernos, instituciones y la sociedad en general quienes se han visto obligados a establecer políticas, programas y estrategias encaminadas a favorecer a la población mayor; es así como en diferentes países se han tomado como una de estas estrategias o programas los CENTROS DÍAS GERONTOLÓGICO.

³⁴ PARAMO, Amparo. Vejez, salud y alternativas de autocuidado. El Poir editores e impresores. Primera edición. Ibagué. 1990.p. 73.

³⁵ MARTINEZ, Robert. Educación para una vejez sana. México. 1995.

En **Francia** desde 1985 se remplazaron los hospicios para personas mayores por instituciones medico sociales como centros día, cuyo propósito es la asistencia en salud, ayuda doméstica, el cuidado de enfermería, actividades culturales y de recreación como conferencias, excursiones, visitas programadas, juegos y cantos.

En **Suecia** se crearon hospitales de día donde se permite a la persona mayor regresar en la noche combinando de esta manera la interacción de asistencia a la institución con el hogar, para no dejar de lado a la familia, seguir con el ambiente familiar y fortalecer el vinculo afectivo; conjuntamente se crearon las residencias y las viviendas para jubilados que permiten la participación social del anciano y donde cada persona organiza su ambiente preferido.

En **España** el ministerio de Sanidad y Seguridad social desde 1970, estableció el servicio social de asistencia al adulto mayor que determina pensiones y apoyo económico para los ciudadanos de la tercera edad. En relación con la modalidad de asistencia Centro día, este país cuenta con numerosos centros en Madrid, Barcelona, Valencia, Vizcaya, Guipúzcoa, Coruña, Málaga, Alicante, Navarra, Álava, Cantabria y La Rioja.

Dirigiéndonos a Latinoamérica, encontramos a **Cuba** quien toma en cuenta las recomendaciones de la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena en 1982, para aprobar programas de atención a las personas mayores, donde se apoyan las casas de abuelos con recursos locales, y programas dirigidos fundamentalmente al bienestar de la persona mayor en los que se encuentran: la promoción de la salud, prevención de incapacidades, nutrición, capacitación al personal, educación a la persona mayor, servicios sociales y médicos, ayuda domiciliaria, comedores, centros de atención diurna (centros día) y agrupaciones de ancianos.

Cabe resaltar que en América del sur existen muchas más de estas instituciones pero no se dan a conocer, de igual forma en Colombia funcionan Centros Días privados con una denominación diferente a esta pero con las mismas características y fines.

7.11.2 Antecedentes de Centros Día Gerontológico en Colombia: desde un comienzo el cuidado de la persona mayor fue impulsado por la religión que dentro de su concepción implemento los asilos para atender las necesidades básicas de estas personas, pero estos servicios no fueron suficientes para atender a la población por esto el Estado y benefactores brindan un apoyo económico para el sostenimiento de estas instituciones, aumentando las casas de ancianos que quitan responsabilidad a la familia en el cuidado de la persona mayor. Mas tarde el Estado contempla alternativas de atención para esta población entre los cuales encontramos: centros de bienestar al anciano (asilos), las albergues, sistemas de apoyo comunitario, dormitorios y comedores, hogares de vida, fondos de crédito al mayor, ciudadelas, granjas comunitarias y los centros de vida urbanos y rurales (Centro Día Gerontológico).

Esta ultima alternativa surge para la atención de las personas no institucionalizadas en el gobierno del presidente Cesar Gaviria T. quien respecto a las personas mayores planteó: la “atención durante el día a través de centros de vida urbanos y rurales que permitan a los ancianos recibir servicios sin alejarlos de su familia; apoyo a los familias en la atención de los ancianos por intermedio de los sistemas de apoyo comunitario.”³⁶

Algunos de los Centros Día Gerontológico de la capital Colombiana que funcionan en la actualidad son: Centro Día la Victoria, San Benito, Britalia, Suba, CAFAM, Abastos, Centro Día en el Hogar Sagrada Familia Y CASUR (Caja de Sueldos de Retirados de la Policía Nacional).

7.12 CENTRO DIA

Es una de las mejores y más adecuadas estrategias de servicios, contempladas dentro de las alternativas de atención a la persona mayor y se caracteriza por ofrecer al usuario una asistencia gerontológica diurna y abierta (no institucionalizada), permitiendo a los mayores seguir viviendo en su casa, con lo cual se mantiene una relación familiar. De igual forma es un complejo gerontológico del que se dotan las comunidades³⁷.

El centro día se debe estructurar sobre:

- Procesos de socialización.
- Actividades que incentiven la creatividad.
- Activides que fortalezcan la imagen positiva de la persona mayor.
- Procesos de integración con los grupos familiares y/o comunitarios.
- Actividades que fomenten estilos de vida saludable.

Esta estrategia de servicio se localiza en un espacio físico diseñado y adaptado para la persona mayor, con el objeto de brindar servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, este espacio permite la recreación y transformación de la persona mayor, brindándole la oportunidad de ser el mismo, a través de la sensibilización y la capacitación, para que se proyecte integralmente. También se proporciona a los familiares o cuidadores

³⁶ GRANADOS, Leonor y otras. Propuesta de una estructura administrativa para la implementación de un Centro Día Gerontológico en la empresa social del estado CRIB. Tunja. 2000.

³⁷ MINISTERIO DE SALUD. Subdirección de prevención. Requisitos esenciales para los centros de bienestar del anciano. Santa Fe de Bogota, DC. Marzo 31 de 1998,p.11.

habituales el apoyo y orientación necesaria para facilitar la atención de la persona mayor.

El Centro Día puede ser de titularidad pública, mixta o privada. Los primeros dependen de administraciones municipales y los últimos se gestionan en forma privada, mientras que los mixtos combinan la forma privada y la pública, rigiendo en estas las mismas condiciones y requisitos que en las plazas públicas.

Los Centros Día generalmente permanecen abiertos de lunes a viernes, aunque también se encuentran los que dan cobertura los fines de semana con un horario de ocho horas al día, si bien predomina el horario de nueve de la mañana hasta las cinco de la tarde.

Un aceptable Centro Día es aquel que cuenta con las instalaciones, el personal y demás recursos adecuados para cumplir los objetivos propuestos.

En la ciudad de Tunja el Centro Día gerontológico sería un servicio innovador para la población, siendo único en la capital del departamento.

7.12.1 Características de un Centro Día

- Estimula la no institucionalización de la persona mayor, a través de programas estructurados alrededor de los procesos de integración social, con proyecciones más allá de la enfermedad, permitiendo el fortalecimiento de los programas locales de desarrollo social (microempresas, clubes, asociaciones) diseñados estos para garantizar la socialización y la protección de las personas de la tercera edad.³⁸
- Permite a la persona mayor satisfacer alguna de sus necesidades humanas, tales como, la autorrealización definida como el logro de los objetivos y aspiraciones personales a través de su participación activa durante el mayor tiempo posible en la comunidad y para la comunidad.
- Refuerza el papel de la familia como eje principal de apoyo social, psicológico y económico de las personas mayores.
- Ayuda a identificar las formas y medios para reforzar y/o mantener lazos familiares y el papel que las personas mayores juegan en el seno intrafamiliar y comunitario³⁹.

³⁸ www.consumer.personamayor.co.

³⁹ BARCO SERRANO. Judith. Proyecto para la creación de servicios gerontológico integrales autogestionados participativa y socialmente. DESEA. 2004.

7.12.2 Servicios del Centro Día

Los servicios del centros día se diseñan de acuerdo al perfil de necesidades.

- Servicio de nutrición y dieta alimentaría.
- Servicio de lavandería.
- Servicios médicos, odontológicos, oftalmológicos y de enfermería.
- Servicios de recreación y lúdica.
- Servicios de rehabilitación.
- Servicios de actividades productivas (microempresas, terapia ocupacional)
- Servicios de educación, capacitación y alfabetización.
- Servicio de atención profesional individual.

7.12.3 Requisitos mínimos del Centro Día

Como requisitos importantes para poder adelantar el programa Centro Día Gerontológico, además de contar con los usuarios (personas mayores de 60 años) se requiere:

- Que sea una necesidad sentida de las personas mayores y la comunidad.
- Disponer de manera permanente de un recurso humano mínimo (tales como: trabajadora social, terapeuta ocupacional, instructores en el área de recreación, enfermeras, medico general, auxiliares de enfermería, entre otros.) entrenados para satisfacer las necesidades de las personas mayores en el área social.
- Disponer de manera permanente de recursos financieros para atender aspectos administrativos de inversión y funcionamiento de programa.

7.12.4 Tipos de Centro Día

Existen tres (3) tipos de centros según su infraestructura y cuatro (4) tipos según el nivel de dependencia de la persona mayor.

7.12.4.1 Centros Día Según Infraestructura

•
•
•

Centro Día tipo A: es una modalidad de implementación inmediata. Se requiere de un local ya construido (puesto de salud, salón comunal, etc.) que presente las condiciones mínimas de acceso y un área para desarrollar las actividades programadas las cuales deben contar con la correspondiente dotación básica. El espacio asignado para el Centro Día debe permitir desarrollar los siguientes componentes(servicios).

- Una cafetería para preparación de refrigerios.
- Una salón múltiple para desarrollar las actividades objeto del programa.
- Una oficina para uso alterno del director del programa, trabajador social, Medico, gerontólogo, enfermera, voluntarios, etc.
- Servicios gaveteros para guardar los artículos personales de los usuarios del programa.

Centro Día tipo B: es una modalidad de implantación mediana se requiere de un local construido para tal fin o adaptado adecuadamente; además de áreas y servicios del Centro Día tipo A se propone incluir:

- Un salón múltiple para lecturas, juegos de salón, televisión, conferencias, etc.
- Un salón y área al aire libre destinados para realizar programas de recreación y deporte.
- Una sala de enfermería o primeros auxilios.

Centro Día tipo C: es una modalidad de implantación a largo plazo. Se requiere de un local construido para tal fin o adaptado adecuadamente, a demás de las áreas y servicios de los centro tipo A y B se propone incluir:

- Una área de trabajo libre para realizar trabajos agropecuarios.
- Un salón para desarrollar talleres de terapia ocupacional.

7.12.4.2 Centro Día según nivel de dependencia de la persona mayor.

Centro Día para personas validas: son los menos comunes y en su mayoría son de carácter privado, a estos asisten personas cuya capacidad funcional es independiente y autónoma, porque pueden realizar sus actividades básicas cotidianas (ABC), físicas e instrumentales.

Los programas más apropiados para estas personas contienen temáticas de promoción y educación para la salud, prevención de enfermedades y

recreación; por lo tanto se ajustan más a modelos de atención ambulatoria, además de insistir en el manejo de factores de riesgo mediante cambios en el estilo de vida y condiciones de vida.

Centro Día para personas semi-asistidas: estas instituciones dirigen su atención a las personas mayores con deterioro de la capacidad funcional, las cuales realizan sus actividades básicas cotidianas (ABC) bajo supervisión o asistencia parcial, por lo tanto requieren de modelos de atención intermedios o ambulatorios, tal atención se dirige hacia la disminución de los factores de riesgo existentes y a hacer frente a las discapacidades presentes.

Las actividades van dirigidas principalmente hacia la promoción, prevención y rehabilitación.

Centro Día para personas asistidas: son centros para personas dependientes o con pobre capacidad funcional, son los más comunes y atienden a personas que necesitan ayuda para realizar sus actividades básicas cotidianas (ABC) y una vigilancia continua.

Igualmente atienden a personas con pluripatologías, tendencia a la cronicidad e incapacidad, con condicionantes mentales(Centro Día psicogeriatrico) y sociales, que tienen mayor necesidad de rehabilitación y cuidados continuos de enfermería, rehabilitación o ambos, pero que desean no ser desvinculados de la familia.

El principal objetivo en este caso es dar el soporte asistencial cuando lo requiera la persona mayor, familia y cuidadores a la vez que contribuyen a disminuir el estrés que soportan.

En ocasiones se admiten personas validas que por circunstancias personales o sociales, puedan equipararse a las dependientes o las que viviendo solas o con familiares y con un grado de autonomía aceptable se encuentran en riesgo de perderla por su avanzada edad, desamparo social o enfermedad⁴⁰.

7.12.5 BENEFICIOS DE UN CENTRO DIA

Contribuye al mantenimiento del máximo nivel de autonomía de las personas mayores.

Ofrece soporte y alivio a los familiares, tanto a través de asesoramiento directo como proporcionándoles un espacio de tiempo libre que puedan dedicar a actividades propias.

Proporcionan una asistencia integral y sus objetivos se dirigen a mejorar y

⁴⁰ www.hogares.centrosresidenciales.terceraedad.co

mantener el nivel de salud de la persona mayor.

Es una alternativa que promueve el cuidado y autocuidado de la persona mayor, para satisfacer sus necesidades y permitir la permanencia en su entorno habitual.

Ofrecen una asistencia individualizada y personalizada, con el fin de facilitar la vida diaria de los asistentes y sus familias.

Esta institución esta abierta todos los días de la semana y ofrece un amplio servicio social, cultural, educativo y recreativo que contribuye a combatir la soledad y da continuidad al cuidado.

promueve el fortalecimiento de la autoestima, autopercepción, autoconcepto y autonomía de la persona mayor.

Mejora las relaciones sociales con otros asistentes, con la familia y con el personal de la institución.⁴¹

8. MARCO LEGAL

Neugarten afirma que todos nosotros jóvenes y viejos estaríamos mejor si las decisiones políticas no se centraran en la edad de las personas sino en la capacidad y las necesidades humanas; las personas encargadas de tomar las decisiones políticas se equivocan al desconocer la complejidad y la multiplicidad de formas en las cuales se desarrolla la vida de los individuos⁴².

En relación con los mecanismos legales de protección y asistencia a al persona mayor existentes en nuestro país hallamos en primera instancia la Constitución Política de Colombia de 1991 que establece en sus artículos 1, 13, 46, 47, 48 y 86 medios para proteger los derechos de las personas mayores, además de los derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales inherentes a todos los Colombianos.

La resolución 7020 del primero de septiembre de 1992 expedida por el ministerio de salud que se fundamenta en el artículo cuarenta y seis de la Constitución Política que establece los Derechos del Anciano, con aplicación en todas las entidades públicas y privadas; dentro de los postulados de esta resolución se encuentra:

Derecho a que se reconozca la vejez como el período más significativo de la vida humana.

⁴¹ FRANCES ROMAN, Ines. Programas de asistencia en un centro día psicogeriatrico. Revista de especialidades de geriatría y gerontología .España.1996, 31 (NM1):17-22.

⁴² GRANADOS, Leonor y otras. Propuesta de una estructura administrativa para la implementación de un Centro Día Gerontológico en la empresa social del estado CRIB. Tunja. 2000.

Derecho a desarrollar una actividad u ocupación en bien de su salud física y mental.

Derecho a hacer uso de sus libertad de conciencia, pensamiento y elección.

Derecho a tener acceso a los servicios de promoción y prevención tratamiento y rehabilitación en salud.

Derecho a ser tratado en todo momento con respeto y dignidad.

Derecho a no ser discriminado, ni ser calificado como enfermo por su condición de persona mayor.

Derecho a la atención médica humanizada, a un trato digno y respetuoso de su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad.

Derecho a recibir servicios y programas integrales de salud que respondan a sus necesidades específicas, de acuerdo a su estado general de salud.

Derecho a la educación que fortalezca el autocuidado y el conocimiento de sus estado de salud, en beneficio de su autoestima y reafirmación personal.

Derecho a ambientes de trabajo y condiciones de vida que no afecten su vulnerabilidad.

Derecho a que sus conocimientos, actitudes y practicas culturales en salud sean tenidos en cuenta, valorados y respetados.

Derecho a una actuación protagónica en los espacios de participación comunitaria en salud y a los diferentes espacios de toma de decisiones del sector salud.

Derecho a ser informado sobre su situación de salud y a recibir un tratamiento adecuado, respetando su consentimiento para la prestación del mismo.

Derecho a recibir o rechazar auxilios espirituales o religiosos.

Derecho a no ser institucionalizado sin su consentimiento.

Derecho a una muerte tranquila y digna⁴³.

La declaración de Cartagena de Indias de octubre de 1992, conferencia intergubernamental Iberoamericana que estableció políticas para las personas mayores y personas discapacitadas, tomando como prioridad la situación económica, la atención en salud, la educación , la vivienda ,la cultura , el ocio y la protección jurídica.

⁴³ MINISTERIO DE SALUD. Derechos del anciano. Resolución 7020 septiembre 1 de 1992.Colombia.

La ley 100 de 1993 promueve los principios de solidaridad, unidad, eficiencia, calidad y oportunidad de la salud, principios que deben ser universales, integrales e irrenunciables.

Esta ley en su artículo 5 contempla la organización del Sistema de Seguridad Social Integral cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado. Permitiendo el acceso a toda la población sin importar su capacidad socioeconómica a múltiples servicios (subsidios económicos individuales, servicios complementarios, preparación a la jubilación, asistencia económica a los centros de bienestar al anciano).

El artículo 10 garantiza el amparo contra la vejez invalidez y muerte, mediante el reconocimiento de pensiones.

En su libro IV contempla servicios sociales para la persona mayor en materia de educación, cultura, recreación, turismo y preparación par la jubilación . establece los requisitos para acceder a los subsidios y las razones de pérdida de este beneficio.

Determina la administración y control de la prestación y refiere que los municipios y distritos garanticen la infraestructura de bienestar y elaboren el plan de servicios complementarios para la tercera edad, como parte del plan de desarrollo municipal o distrital.

Documentos COMPES. El decreto 1135 de 1994 desarrolla principios legales correspondientes a los subsidios. El COMPES 2722/ 1994 establece la Red de Solidaridad Social. El COMPES SOCIAL 27/94 experiencia piloto del programa de auxilio para las personas mayores indigentes. El programa estuvo transitoriamente a cargo del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social (FONSES), el decreto 2099 de 1994 estableció que se denominara el fondo RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL. La ley 368 DE 1997 reitera la ejecución de REVIVIR y la red de solidaridad social.

En cuanto la asistencia a la persona mayor encontramos:

La ley 29 de 1975 que dicto el decreto 2011 que organiza la protección a la ancianidad y en su artículo 22 faculta al Ministerio de Salud para que elabore el modelo de estatutos que orienten las instituciones para personas mayores.

La resolución 6507 del 26 de septiembre de 1977 por la cual se reglamentan los estatutos de Centros de Bienestar del Anciano .

La resolución 7131 de 1978 que dicta normas en relación al funcionamiento de los centros de bienestar de la persona mayor de origen privado, publico y religioso.

9. DISEÑO METODOLOGICO

9.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo DESCRIPTIVO CON ENFOQUE CUANTITATIVO, ya que pretende determinar las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de 60 años, a través de una descripción que plantea una realidad social observada, relacionada a condiciones de vida de esta población; igualmente, realiza un análisis de las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud presentes en las personas mayores de 60 años de la ciudad de Tunja, con el propósito de asociar dichas condiciones para hacer inferencia causal y establecer resultados más objetivos, de la misma manera, relaciona tales condiciones para plantear un Centro Día Gerontológico como estrategia de intervención o transformación de las condiciones anteriormente mencionadas.

Esta investigación se lleva a cabo en tres partes, la primera donde se identificaran las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de 60 años de la ciudad de Tunja, mediante la observación y aplicación de instrumentos como la entrevista estructurada e índice de Barthel que permiten la recopilación de información válida y confiable para el logro de los objetivos propuestos, en la segunda etapa se analizan e interpretan los datos encontrados y en la tercera etapa de acuerdo a los resultados encontrados se plantea una propuesta de un Centro Día Gerontológico para la ciudad de Tunja.

9.2 UNIVERSO Y MUESTRA

9.2.1 UNIVERSO

La población objeto de esta investigación son todas las personas mayores de 60 años del área urbana de la ciudad de Tunja que según estadísticas del año 2003 de la oficina del SISBEN corresponden a 10.261 personas..

9.2.2 MUESTRA

Debido a la dispersión del universo y al número de investigadoras, se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas, donde se determinó el tamaño de la muestra de la siguiente manera:

1. Se estimó la muestra a través de la aplicación de la fórmula estadística:

$$n = \frac{N^2 pq / E^2}{1 + 1/N (z)^2 pq/E^2}$$

Donde: N = población mayor de 60 años de Tunja

n = muestra estimada.

p = probabilidad de ser persona mayor entre la población tunjana.

q = la resta de una unidad y la probabilidad de ser persona mayor.

E = error de estimación

Z = coeficiente de confianza

Para esto se utilizó un coeficiente de confianza, cuyo nivel es igual a 1.96, como grado de confiabilidad el 95%, un margen de error estimado del 3%, una probabilidad de ser persona mayor entre la población tunjana de 0.06 y 0.94 como la resta de una unidad y la probabilidad de ser persona mayor; obteniendo como muestra estimada 252 personas mayores de 60 años.

2. Se tomó la población mayor de 60 años de la ciudad de Tunja, según estrato socioeconómico (uno, dos, tres, cuatro y cinco).
3. Se determinó muestra por estrato a través de la aplicación de la fórmula estadística:

$$n_i = n \cdot \frac{N_i \times P_i \times Q_i}{\sum N_i \times P_i \times Q_i}$$

Donde: n_i = muestra por estrato

n = muestra estimada

N_i = número de personas mayores de 60 años por estrato

P_i = probabilidad de ser persona mayor entre la población tunjana por estrato.

Q_i = la resta de una unidad y la probabilidad de ser persona mayor por estrato

De esta se obtuvo una muestra para estrato uno: 29 personas mayores, estrato dos: 64 personas mayores, estrato tres 125 personas mayores, estrato cuatro 24 personas mayores y estrato cinco 10 personas mayores.

4. Seguidamente, se tomaron los barrios de cada estrato de acuerdo con la distribución hecha por la alcaldía mayor de Tunja; luego, se determinó la población mayor de 60 años existente en cada barrio utilizando como base

•
•
•

• 59 •

los datos suministrados por la oficina del SISBEN y dentro de estos barrio se tomaron los que presentaban mayor proporción de personas mayores; determinando en estos últimos la muestra para cada uno, a través de la aplicación de la formula estadística:

$$n_x = n_i \cdot \frac{N_x \cdot P_x \cdot Q_x}{\sum N_x \cdot P_x \cdot Q_x}$$

Donde: n_x = muestra por barrio

n_i = muestra por estrato

N_x = numero de personas mayores de 60 años por barrio

P_x = probabilidad de ser persona mayor entre la población tunjana por barrio.

Q_x = resta de una unidad y la probabilidad de ser persona mayor por barrio.

Obteniendo los siguientes resultados:

ESTRATO	MUESTRA POR ESTRATO	NUMERO DE BARRIOS	BARRIOS TOMADOS	MUESTRA POR BARRIO
1	29	18	Dorado	13
			Milagro	12
			Peñitas	4
2	64	22	Jordán	24
			Patriotas	14
			San Antonio	13
			Asís Boyacense	13
3	125	52	Suárez	11
			Aquimin	8
			Las Nieves	46
			Santa Lucia	42
			Jorge Eliécer Gaitan	18
4	24	25	Maldonado	12
			Santa Ines	12
5	10	8	Maria	5
			Mesopotamia	5
TOTAL	252	125	16	252

9.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información a utilizar en la presente investigación, tienen como fin conocer parte de la realidad en la que se encuentran inmersas las personas mayores de 60 años frente a las condiciones sociales, económicas, culturales y de salud que alteran su envejecimiento, así como definir previamente los datos más importantes que deben recogerse por tener relación directa con el problema de investigación, dichas fuentes son de dos tipos:

-
-
-

9.3.1 Fuentes primarias: Entre las que se encuentra, la observación realizada por las autoras de esta investigación sobre las personas mayores de 60 años de la ciudad de Tunja, la recolección de información mediante la aplicación de una entrevista estructurada e instrumentos como el índice de Barthel y los datos de la libreta de apuntes, diario de campo, obtenida a lo largo de la realización de la presente investigación.

9.3.2. Fuentes secundarias: entre las que se pueden mencionar el Internet, trabajos de grado sobre el tema, libros sobre el cuidado de enfermería en geriatría, revistas, registros que ofrezcan información, enciclopedias gerontológicas y documentos jurídicos como apoyo al marco de referencia que respalda la presente investigación.

9.4 FASES DEL PROCESO INVESTIGATIVO

Planeación y organización de la investigación

- Conformación del grupo de trabajo (investigadoras)
- Concertar y concretar el tema de investigación
- Selección de bibliografía referente al tema de investigación
- Concertación con la docente para asesorar la investigación

Diseño y estructura del proyecto

- Asesorías
- Elaboración y entrega del anteproyecto a comité de currículo
- Correcciones al anteproyecto, teniendo en cuenta las recomendaciones de los jurados lectores.
- Elaboración, prueba piloto, y aplicación del instrumento de recolección de la información.
- Análisis de la información.
- Elaboración de la propuesta del centro día.
- Revisión, crítica y corrección final del manuscrito.
- Presentación formal del informe final de la investigación

Divulgación y socialización de los resultados

- Los resultados de la presente investigación se darán a conocer a la comunidad universitaria y a la comunidad en general.

9.5 UBICACIÓN TEMPORO ESPACIAL

Esta investigación se efectuara durante el periodo comprendido entre Noviembre del 2003 a Noviembre del 2004, con la población mayor de 60 años de la zona urbana de la ciudad de Tunja.

9.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

9.6.1 Observación: se trabajará con la observación directa de tipo no participante, debido a que las investigadoras no pertenecen al grupo y solamente se hacen presente con el propósito de obtener la información, mediante el empleo de un instrumento (entrevista estructurada) que registre aspectos relevantes del problema de investigación y que determina las necesidades sociales, económicas, culturales y de salud de la población objeto de estudio. Dentro de esta observación como técnica de recolección de la información, jugará un papel importante el diario de campo, el cual permitirá sistematizar y evaluar día a día las practicas de investigación con el fin de mejorarlas enriquecerlas y transformarlas, mediante la critica y la autocrítica.

9.6.2 Entrevista estructurada: esta es de tipo formal o estandarizada y de una cobertura personal, puesto que tiene un listado fijo de preguntas cuyo propósito es el de obtener información sobre un tema de interés particular, a través del dialogo con la persona objeto de estudio. (Anexo 1)

9.6.3 Índice de Barthel: es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física, también es conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland". (Anexo 2)

El Índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia de una persona 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.

Permite una evaluación más escalonada de los grados de discapacidad, constituyendo el índice más utilizado en la valoración funcional. Su utilidad ha sido acreditada tanto para la práctica clínica diaria como para la investigación epidemiológica.

- Su medición se trata en asignar a cada persona valorada una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del inodoro, bañarse / ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir / bajar escaleras, vestirse / desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente.

El Índice de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

- Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel

TOTAL = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).

- Interpretación de los resultados

La interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación del Índice de Barthel es:

0-20: Dependencia total

21-60: Dependencia severa

61-90: Dependencia moderada

91-99: Dependencia escasa

100: Independencia.

Así mismo, también se ha intentado jerarquizar las actividades incluidas en el Índice de Barthel según la frecuencia con que se observa independencia en su realización. Según los resultados de Granger et al el orden podría ser el siguiente: 1. Comer; 2. Aseo; 3. Control de heces; 4. Control de orina; 5. Baño; 6. Vestirse; 7. Usar el inodoro; 8. Traslado cama / silla; 9. Desplazarse; 10. Subir / bajar escaleras.

⁴⁴ Internet actividades de la vida diaria, índice de Barthel. Colombia. 2004.

9.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
Social	Demografía	Grupos de edad	• Años.....
		Sexo	F..... M.....
		Estado civil	Casado... Viudo... Separado... soltero... Unión libre.....
	Familiar	Composición familiar	Solo.....pareja..... .hijos.... nietos.... otros.....
		Convivencia familiar	Solo.....pareja.....hijos.... nietos.... otros.....
		Satisfacción con las relaciones familiares.	Sí.... No.....
		Cambios en las relaciones familiares.	Sí.... No.... Porque.....
		Atención necesaria por parte de familiares.	Sí..... No.....
		Tipo de relaciones familiares	Apoyo..... Compañía.... Afecto..... Obligación.....
		Integración familiar en eventos	Sí.... No....
		Cambio de rol o responsabilidades dentro de grupo familiar.	Sí..... No.... Porque....
		Es tenido en cuenta para toma de decisiones familiares	Sí No.....
VARIABLE	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
	Comunitario	Relaciones con vecinos y/o amigos	Sí..... No.....

		Tipo de relaciones con vecinos o amigos	Buenas.. regulares.... malas....
Económica	Capacidad económica	Posesión de algún ingreso	Sí..... No.....
		Fuente de ingresos	Pensión... trabajo... Familia..... otros...Cual.....
		Actividad que realiza en la actualidad.	trabaja..... cuida el hogar..... otro...cual.....
		Considera que estos ingresos le alcanzan	para lo necesario..... para darse gustos..... no le alcanzan.....
		Estrato en que estrato se ubica su vivienda.	Uno Dos.... tres..... cuatrocinco.....
		La vivienda donde vive es	propia..... arriendo..... otra forma.....
	Modos comunes de vida	Utilización del tiempo libre	Mira TV..... escucha radio..... Actividades manuales.... lee.....otras.....
		Pertenencia a grupos	Sí..... NO..... otros..... cuales.....
		Satisfacción con las actividades culturales que realiza	Sí NO..... porque.....
	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR
Salud	Personal	Salud general	Buena..... regular..... mala.....
		Antecedentes personales	Enfermedad..... toma medicamento...
		Asistencia a controles	Sí....No.....

	Hábitos	Tabaquismo: Alcoholismo: sedentarismo	Sí...No... Sí...No..... Sí...No..... Otros.....	
	Seguridad social	Tenencia en seguridad social	Sí...No.....	
		Régimen al que esta inscrito	contributivo..... subsidiado..... vinculado.....	
		Asistencia algún centro especializado para cuidar de su salud	Sí..... No..... cual.....	
		Percepción de si mismo en la actualidad	Bajo de animo.....solo.... triste..... cansado..... viejo..... feliz....	
		Satisfacción con los servicios de salud	Sí..... No.....	
		Grado de dependencia (índice de Barthel)	de Alimentación 10...5...0..... de Lavado 5... 0..... de Vestirse 10...5...0.... de Arreglarse 5..... 0.... de Deposición 10...5...0.... de Micción 10...5...0.... de Uso de retrete 5... 0.... de Traslado silla - cama 15.....10...5.... de Deambulaci3n 15...10..5..0.. de Escalones 15...10...0....	
	VARIABLE	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
	Centro Día Gerontológico	Implementaci3n de la instituci3n	Gusto frente a la asistencia en el día	Sí..... No.....
			Necesidad de implementaci3n del centro día.	Sí..... No.....

	Servicios que debería prestar	Salud..... Recreación y deporte..... Educación..... Trabajos manuales..... Transporte..... Alimentación..... Otros..... cuales.....
	Horarios de atención	8 am a 12 am • 8 am a 6 pm..... • 2 pm a 6 pm..... 7 am a 7 pm.....
	Asistencia semanal	Diaria..... Cada tercer día..... Una vez a la semana.....
	Ubicación de la institución	Centro de la ciudad..... Sede campestre.....
	Costo de los servicios	Sí..... No.....
	Posibilidad de pago	Sí..... No.....
	Aporte mensual	10.000- 50.000..... 51.000-100.000..... lo que estime necesario.....
Apoyo familiar en la asistencia	Clase de apoyo	Económico: Sí.....No..... Emocional: Sí.....No.....

9.8 RESULTADOS ESPERADOS

Mediante la presente investigación, se espera obtener la suficiente información a través de la aplicación y análisis de los instrumentos anteriormente mencionados, que permita determinar las condiciones sociales, económicas, culturales y de salud de las personas mayores y visualice un centro día gerontológico en la ciudad de Tunja como la mejor estrategia de solución a dichas condiciones.

10. RECURSOS

10.1. TALENTO HUMANO

- Dos investigadoras, estudiantes de Enfermería de la UPTC encargadas del proceso investigativo.

- Una directora del trabajo de investigación.
- Un asesor estadístico.
- Un asesor gerontológico.

10.2 RECURSOS INSTITUCIONALES

- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Otras entidades tanto oficiales como publicas que brinden apoyo de cualquier índole a la investigación.

10.3 RECURSOS TÉCNICOS

- Computador
- Impresora.
- Fotocopiadora
- Calculadora

10.4 RECURSOS MATERIALES

- Esferos
- Lápices
- Hojas
- Cuaderno
- Fotocopias de la entrevista estructurada e índice de Barthel.
- Fotocopias y material bibliográfico.
- Disquete

10.5 RECURSOS FINANCIEROS

RECURSOS	CANTIDAD	ETAPA	VALOR EN PESOS	
			UNITARIO	TOTAL
Asesorías	8	Todas	10.000	80.000
Fotocopias	400	Todas	70	28.000
Hojas para impresión	2 resmas	Diseño y estructura	10.500	21.000
Impresión del anteproyecto	5	Asesorías y entrega de anteproyecto	12.000	60.000
Encuadernación del anteproyecto	3	Entrega del anteproyecto	2.500	7.500
Impresión de los instrumentos	5	Recolección de la información	300	1.500
Fotocopias de instrumento	700	Recolección de la información	70	49.000
Impresión del informe final	2	Correcciones	30.000	60.000
Impresión del trabajo	4	Entrega del proyecto	30.000	120.000
Empaste del trabajo final	4	Entrega del trabajo	30.000	120.000
Sustentación	1	Sustentación	60.000	60.000
TOTAL				\$607.000

11. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

La presente información es el resultado de la aplicación de la entrevista estructurada a 252 personas mayores de 60 años de la ciudad de Tunja, tomadas como muestra de esta investigación.

Se tuvo en cuenta, para el análisis, tres categorías la socioeconómica, la cultural y la de salud; relacionando algunas de ellas con el estrato socioeconómico de la persona mayor.

En la categoría socioeconómica dentro de lo social se tomaron como dimensiones la edad, género, estado civil, la composición familiar, número de hijos, relaciones familiares, actividades que realiza en la actualidad la persona mayor, las relaciones sociales con amigos o vecinos. Dentro de la categoría económica las dimensiones fueron nivel de ingresos, procedencia de los ingresos, alcance de sus ingresos y pertenencia de la vivienda.

En relación con la categoría cultural se tomó: el nivel educativo, tiempo libre, pertenencia a un grupo social o cultural y el grado de satisfacción al pertenecer a este grupo.

En la categoría salud se tuvo en cuenta la percepción del estado de salud, morbilidad, asistencia médica, pertenencia al sistema de salud, satisfacción con los servicios de salud, asistencia a medicina alternativa, hábitos, estado de ánimo y nivel de dependencia.

Además se integró al análisis la perspectiva de las personas mayores con relación a una institución de día dirigida a ellas, indagando sobre la creación, asistencia a la misma, servicios que prefieren, horarios, lugar, costos que asumirían y apoyo económico y emocional por parte de los familiares.

Se tomaron estas categorías y sus respectivas dimensiones con el fin de determinar las condiciones de las personas mayores a través de la determinación y descripción de las diferentes relaciones con su familia y grupo social circundante, la capacidad e independencia económica, sus actividades e integración cultural, aspectos de influencia en su estado de salud y expectativas ante las instituciones de atención de día a la persona mayor.

11.1 CATEGORÍA SOCIAL

Dimensiones:

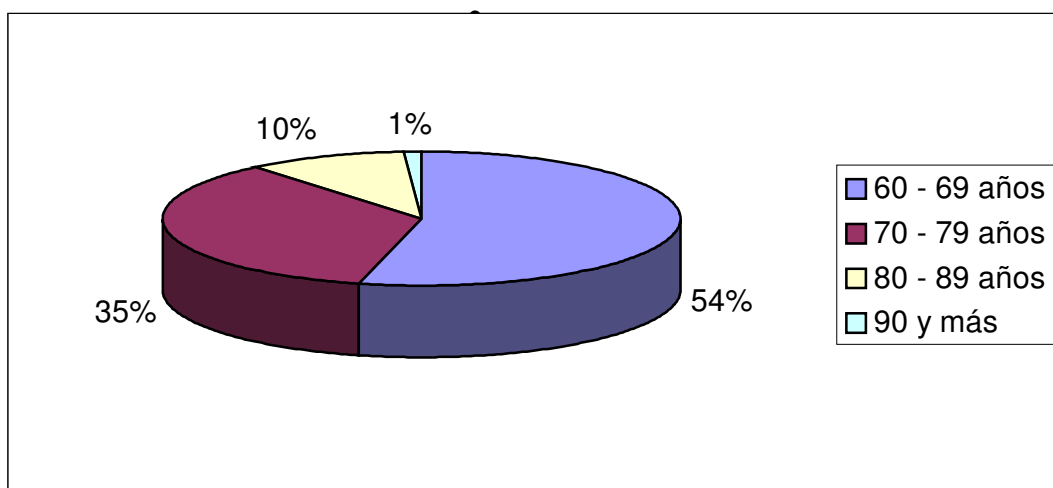
- **EDAD:** con relación a ésta se encontró que el rango de edad con mayor significancia es el de 60 – 69 años con un porcentaje de 54, seguido del

-
-
-
-
- 70
-

rango de 70 – 79 años con el 35%, 80 – 89 años con el 10% y como menor rango el de 90 y más años con un 1% situación que se destaca en todos los estratos, además encontramos como edad promedio los 65 años. (GRAFICO No 1)

- Si se asocia esta información con la expectativa de vida para la población Colombiana que se encuentra en la actualidad en 72 años promedio entre mujer y hombre, donde la mujer presenta una expectativa de 6 años superior al hombre, nos indica esto, que estas personas tienen la posibilidad de vivir aún más tiempo y estar bajo condiciones sociales, económicas, culturales y de salud inherentes al proceso de envejecimiento e interacción con su medio, produciendo un impacto en su calidad de vida y bienestar; donde el profesional de enfermería tiene la posibilidad de actuar para evitar que estas personas pierdan sus capacidades funcionales, mentales y sociales.

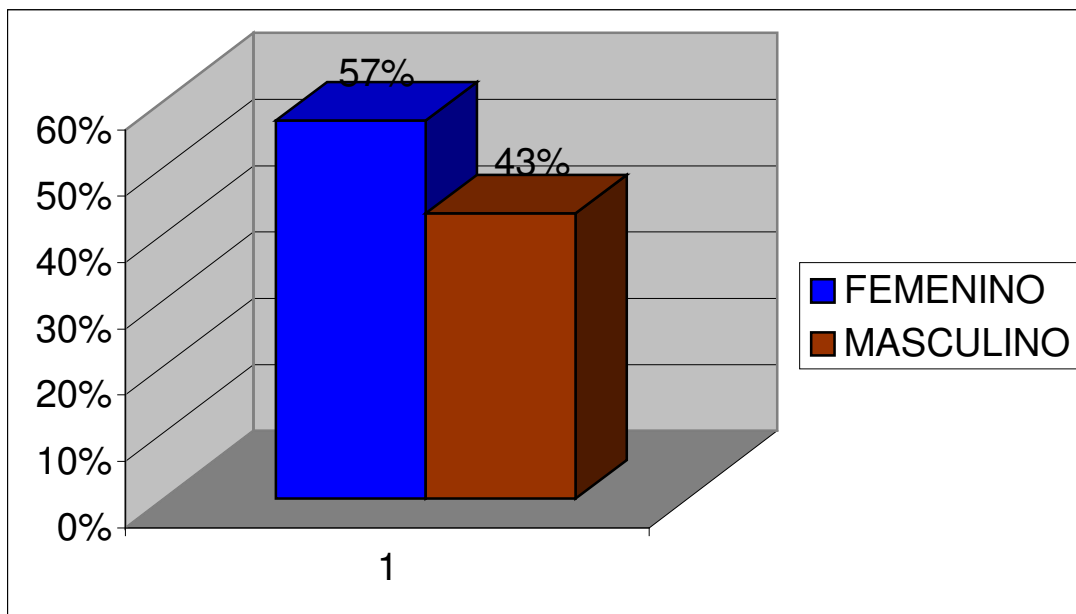
GRAFICO No 1 DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA POR RANGO DE EDAD



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004.

■ **GENERO:** en este se encuentra que el 57% corresponde al genero femenino y el 43% al masculino, lo que revela un porcentaje mayor (14%) en el número de mujeres, situación no muy diferente a la realidad nacional, dado que en la actualidad existe un mayor numero de mujeres. (GRAFICO No 2)

GRAFICO No 2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA POR SEXO



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004.

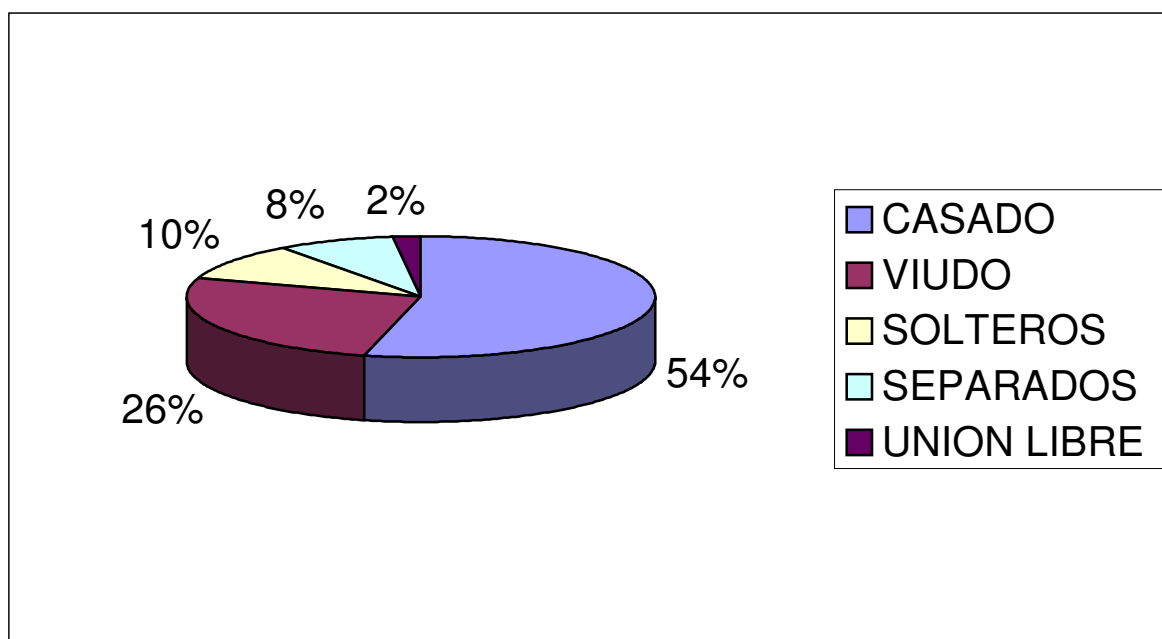
■ **ESTADO CIVIL Y COMPOSICIÓN FAMILIAR:** se encontró en cuanto al estado civil que el 54 % de las personas encuestadas son casados, el 26% viudos, un 10% solteros, el 8% separados y el 2 % viven en unión libre. (GRAFICO No 3)

El estado civil es un aspecto importante a considerar en el adulto mayor, por que se asocia a riesgos de morbi- mortalidad, ya que estas personas al estar en compañía con otras tiene menor riesgo de enfermar por los cuidados, atenciones, afecto y apoyo brindados por parte de un compañero, que aquellas que por el contrario se encuentran sin estas relaciones. Las estadísticas muestran un mayor porcentaje de casados sobre los solteros, separados y viudos.

Así mismo la composición familiar de las personas mayores se caracteriza por ser de tipo nuclear extensa, formada por el cónyuge, hijo, nietos y en algunos casos bisnietos principalmente, simultáneamente es multigeneracional pues los miembros de la familia son de edades y/o generaciones siguientes. Tal

situación genera la necesidad de brindar educación a las personas jóvenes para fortalecer el vínculo afectivo joven-persona mayor y desarrollar habilidades para apoyar el cuidado y autocuidado del adulto mayor, además donde el joven pueda utilizarlo para beneficio propio.

GRAFICO No3 DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA POR ESTADO CIVIL

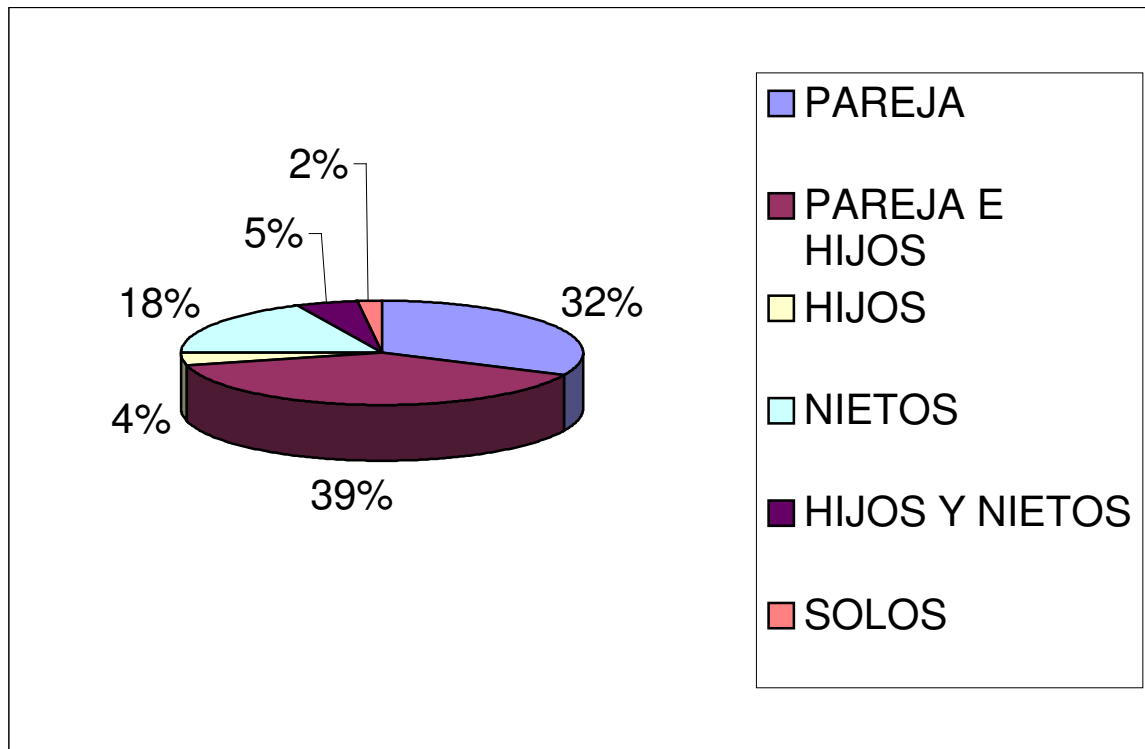


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004.

■ **CONVIVENCIA FAMILIAR:** esta se relaciona con el estado civil de las personas mayores, se encontró que las personas *casadas* y *en unión libre* viven con su esposo o esposa (32%), o algún hijo (4%); mientras el cónyuge está vivo la mayoría de la población mantiene la estructura familiar nuclear (cónyuge e hijos en un 39%) y se ve ampliada por otros miembros como los nietos (18%).

Cuando el cónyuge está ausente por razones de trabajo, cuidado de sitios como fincas u otras razones, viven con sus hijos y nietos (5%), aspecto importante ya que las relaciones con familiares u otros parientes brinda cierto nivel de apoyo, respaldo y compañía para las personas mayores, de otra parte tan solo un 2% se quedan solos. (GRAFICO No 4)

GRAFICO No 4 CONVIVENCIA FAMILIAR DE LA PERSONAS CASADAS O EN UNION LIBRE

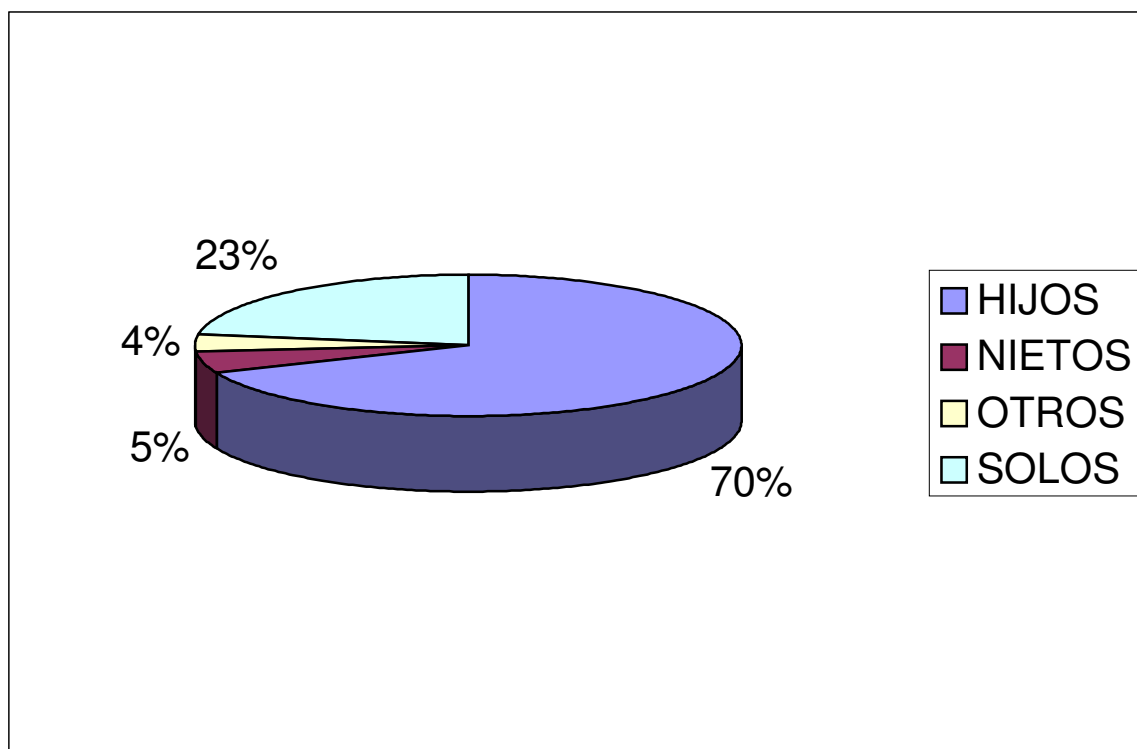


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004.

Los viudos(as) con mayor frecuencia tienden a quedarse con sus hijos en un 70% y en algunos casos con sus nietos(3%) u otras personas(4%), optan por quedarse solos el 23%.(GRAFICO No 5).

Se debe tener en cuenta en relación con estas personas que la condición de viudez implica un cambio brusco y una situación de tristeza por el duelo que se vive, a esto se suma que la mayoría de los viudos no se encuentran preparados para asumir el rol de la persona faltante en actividades como el manejo del dinero, cuidado del hogar, negocios, entre otras cosas.

GRAFICO No 5 CONVIVENCIA FAMILIAR DE LA PERSONAS VIUDAS

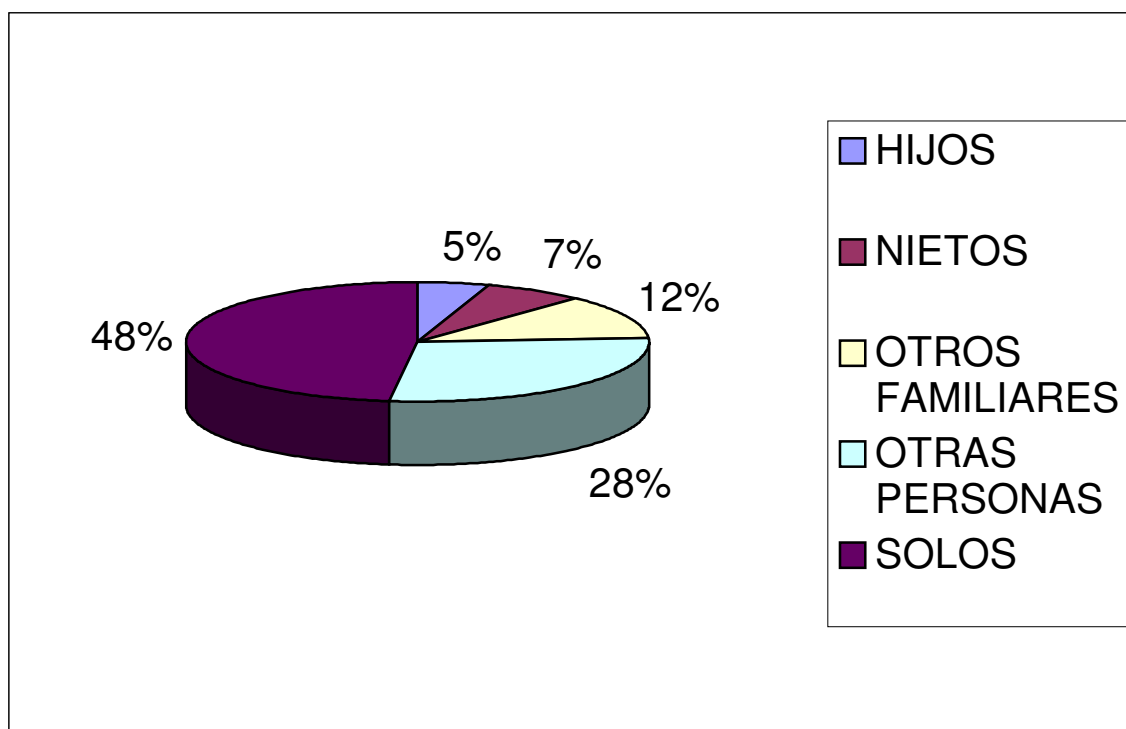


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

Básicamente, el mayor porcentaje de quienes viven solos son los *separados* (48%) siendo limitada la relación con familiares como hijos (5%), nietos(7%) y otros como hermanos, nueras, yernos (12%), visualizándose una mayor relación con otras personas diferentes a su familia (28%).(GRAFICO No 6).

En este grupo puede ser considerado como un factor de riesgo, el vivir solos; aunque en muchas sociedades la soledad se considera unida íntimamente a la vejez, las personas mayores que se encuentran solas, presentan mayor posibilidad de requerir atención médica que aquellos que cuentan con un soporte adecuado, además la pérdida de seres queridos aumenta el riesgo de enfermar. Sin embargo debemos tener en cuenta que según lo observado al aplicar el instrumento de recolección de la información, las personas que viven solas de estrato alto prefieren esta condición por preservar su independencia al contrario de las de estrato bajo que la afrontan obligatoriamente por un olvido de los hijos o familiares.

GRAFICO No 6 CONVIVENCIA FAMILIAR DE LAS PERSONAS SEPARADAS

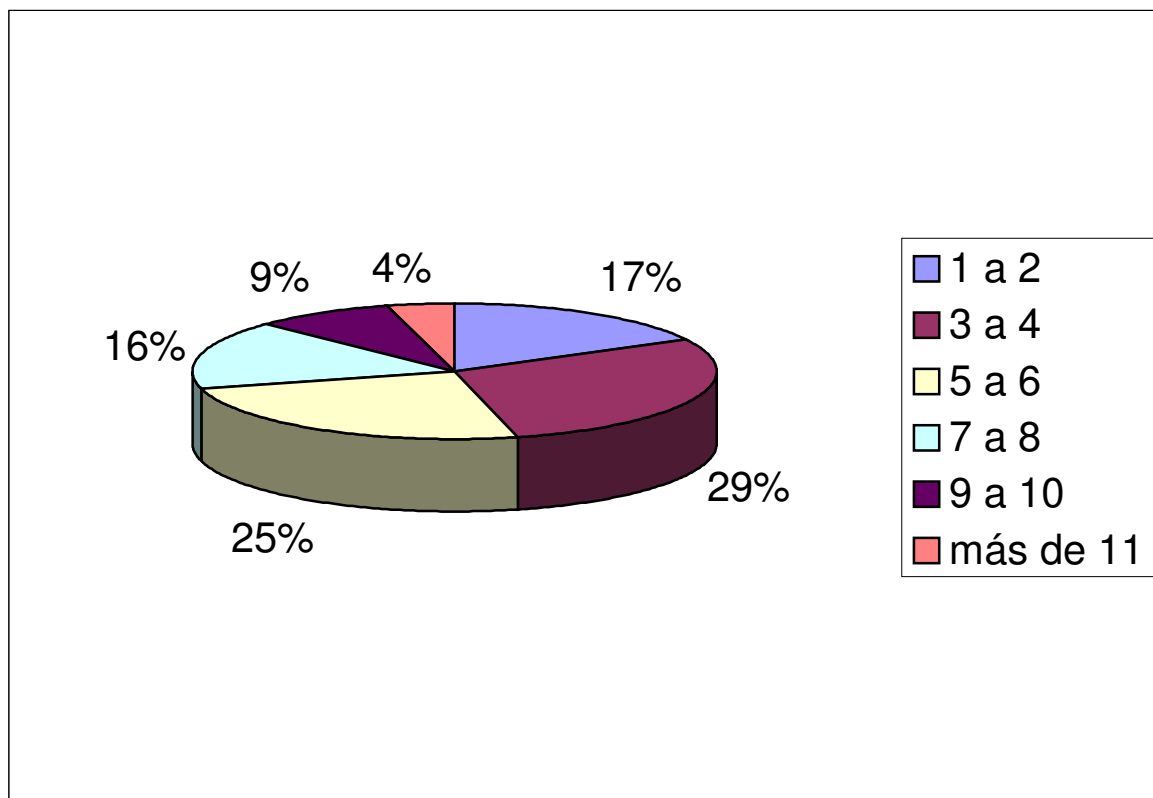


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

■ **NUMERO DE HIJOS:** los mayores porcentaje se encuentra entre 3 y 4 hijos con un 27%, seguido de 5 y 6 hijos con un 23% , 1 y 2 con un 16%, 7 y 8 con un 15%, 9 -10 con un 8%, y como datos inferiores se destaca la no tenencia de hijos (7%) y los que tiene más de 11 hijos(4%)(GRAFICO No 7).

- En los últimos años el número de hijos ha disminuido, se observa que quienes tienen mejores condiciones económicas y educativas tienen menor número de hijos, así mismo, se podría pensar que tener una gran cantidad de hijos garantizaría el cuidado, apoyo, y compañía en edades avanzadas, por el contrario se observó que solo 1 o 2 hijos menores se dedican a esto, en especial las mujeres; o se delegan esta responsabilidad a otras personas ajenas a la familia o en el último de los casos los dejan solos.

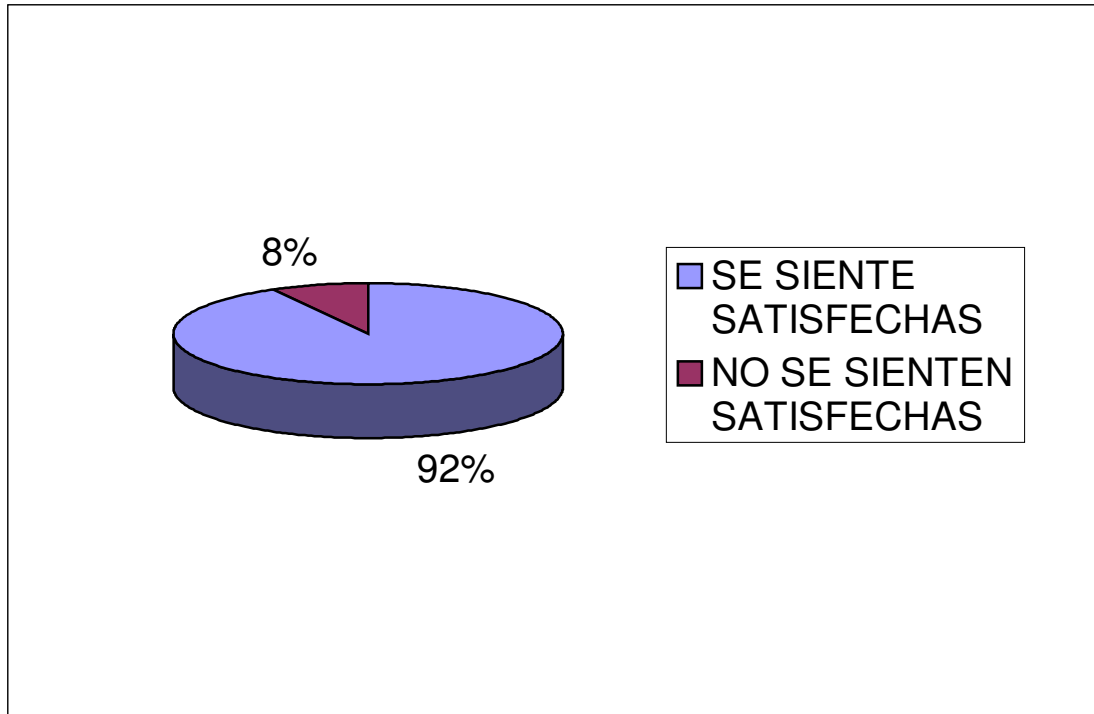
GRAFICO No 7 NUMERO DE HIJOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

■ **SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES FAMILIARES:** el 8% de las personas mayores manifestaron no sentirse contentas con las relaciones familiares a causa de situaciones económicas difíciles, falta de comprensión y tiempo de los familiares para compartir con ellas, presentándose un mayor porcentaje personas de estratos 1 y 5, situación opuesta a la del 92% restante. (GRAFICO No 8)

GRAFICO No 8 RELACIONES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



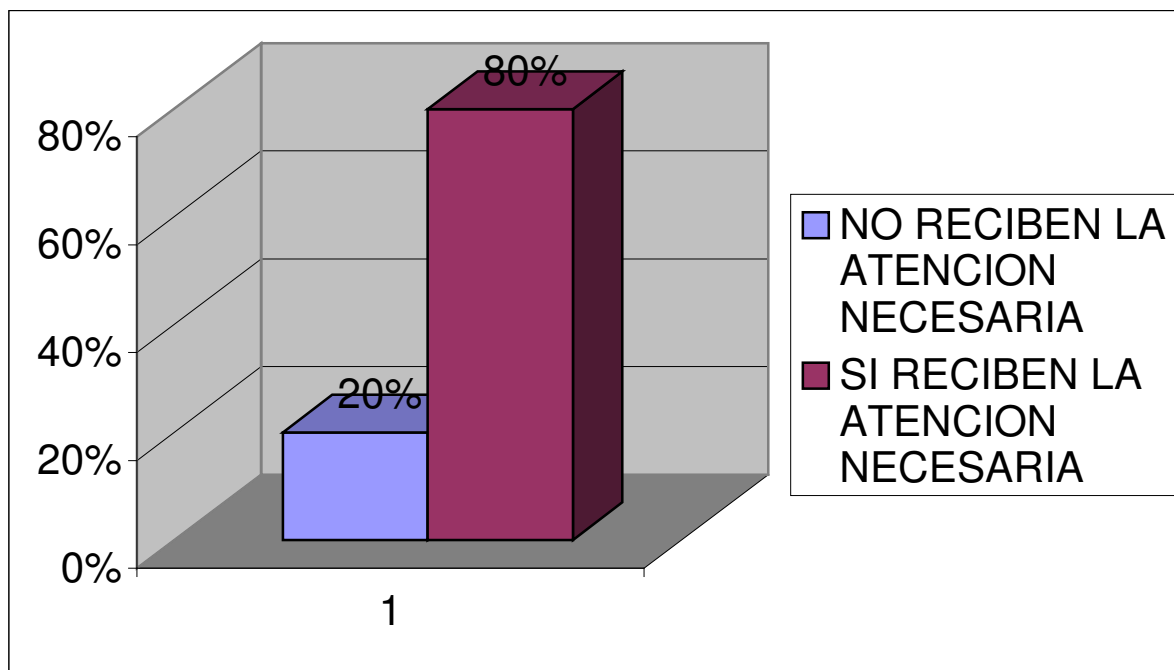
Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

■ **PERCEPCION DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE LA ATENCIÓN POR PARTE DE SU GRUPO FAMILIAR:** un 20% siente que su familia no les brinda la atención que necesitan por que sus familiares no cuentan con el tiempo suficiente ni actividades a fines para brindar esta atención dado a las diferentes actividades que desempeñan a nivel laboral, familiar y social. (GRAFICO No 9)

El 22% de las personas mayores manifiestan que no se tienen en cuenta en la toma de decisiones familiares por la creencia errónea de no ser capaces de aportar cosas útiles, para no preocuparlos y afectar su estado de salud o porque no pueden decidir en forma asertiva por si solos.

Sumado a lo anterior, el 44 % de las personas expreso que han percibido cambios a nivel familiar debidos a los nuevos roles de los hijos, como la formación de una nueva familia, el madresolterismo, entre otros hechos, que modifican la cotidianidad familiar; mientras que el 56% considera que su vida familiar no ha cambio.

GRAFICO No 9 PERCEPCION DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE LA ATENCIÓN POR PARTE DE SU GRUPO FAMILIAR

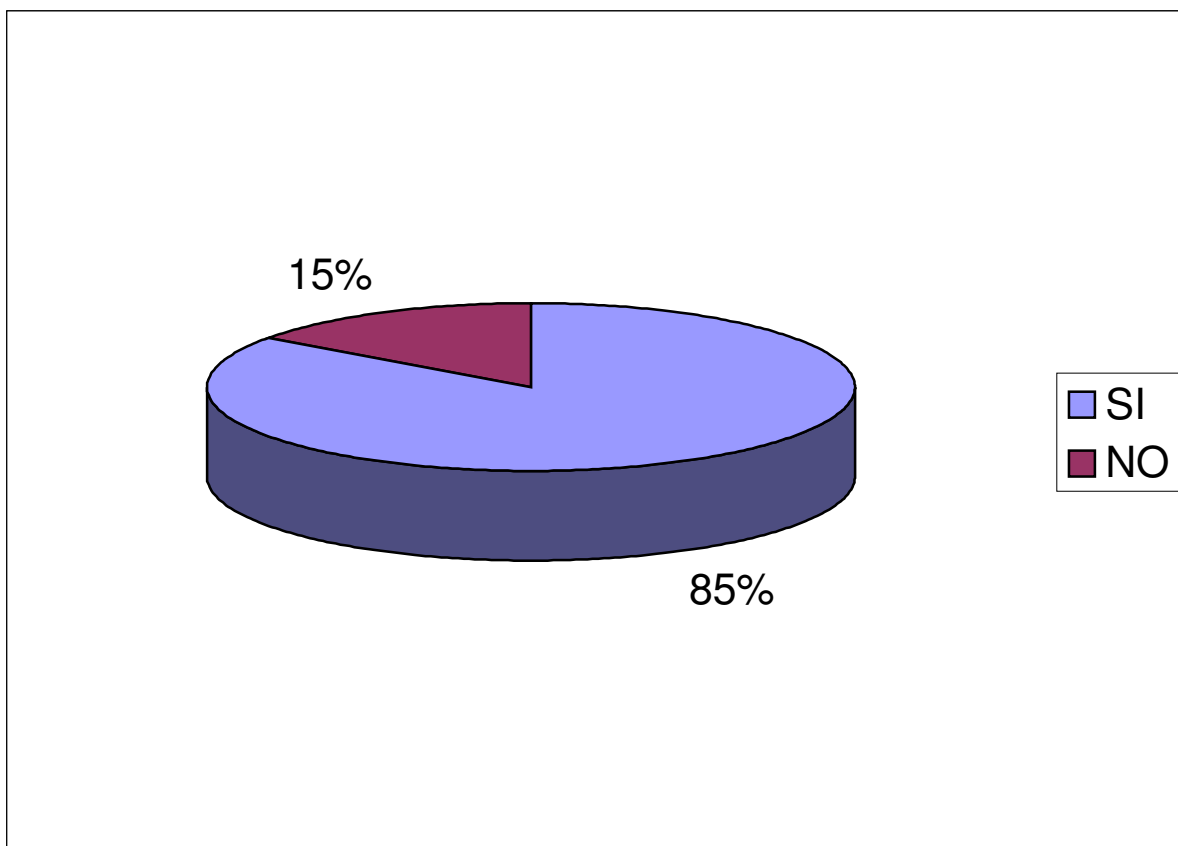


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

■ **INTEGRACIÓN FAMILIAR:** en cuanto a la integración en eventos familiares la mayoría de las personas mayores(85%) comparten eventos como: cumpleaños, semana santa, navidades o vacaciones, reuniéndose como mínimo una vez al año. Integración familiar que indica la presencia de algún tipo de vinculo afectivo al dar a la persona mayor un espacio para relacionarse con sus familiares y generar resultados positivos en su salud mental y física.

Por el contrario un 15% no comparte eventos familiares, factor que contribuye al distanciamiento, aislamiento social, tristeza, alteración de la salud y abandono por parte de sus familiares. (GRAFICO No 10)

GRAFICO No 10 INTEGRACION FAMILIAR DE LA POBLACION ESTUDIADA

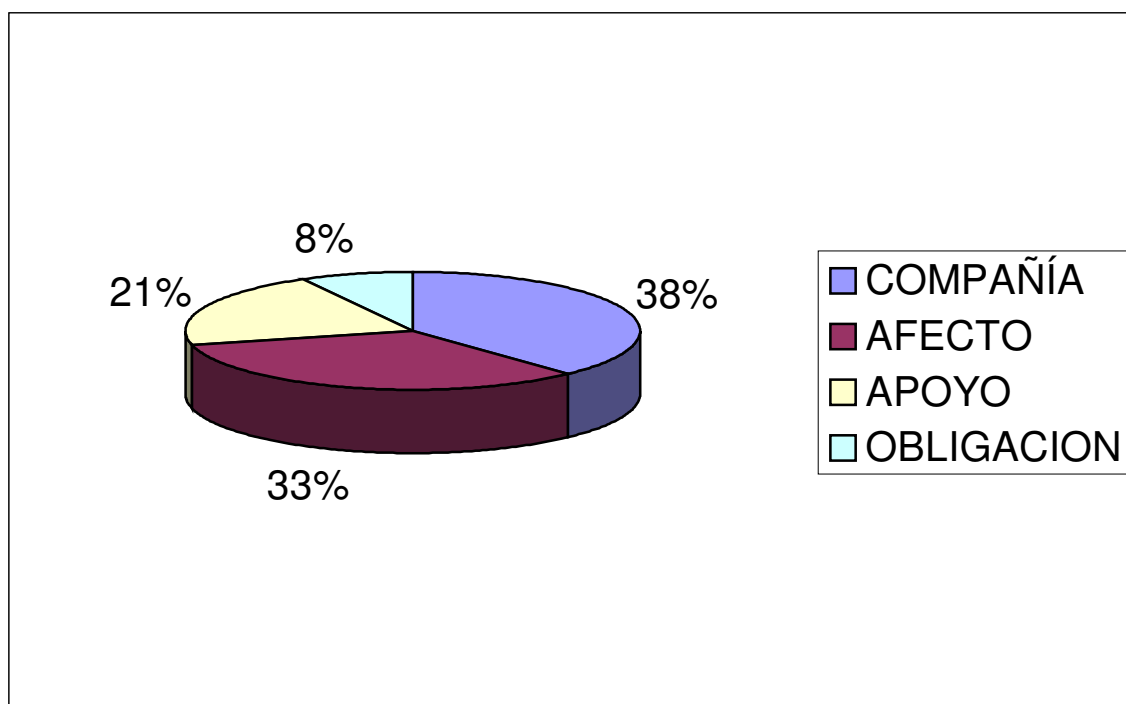


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

■ **TIPO DE RELACIONES FAMILIARES:** el 38% las consideran de compañía, 33% de afecto, 21% de apoyo y de obligación el 8%. Destacando de esta manera, familias donde el afecto y el apoyo constituyen sistemas de fraternidad, en donde se aprende a compartir, a tener lazos afectivos y a establecer relaciones de apoyo que se convierten en factores protectores para las personas mayores.

En el caso de las personas que tienen relaciones de compañía se puede afirmar que estas guardan poca afectividad, limitando las relaciones a un acompañamiento corporal poco afectivo, es decir, de presencia. Mientras quienes tienen relaciones familiares por obligación carecen de un vínculo afectivo, apoyo y comprensión por parte de sus familiares, siendo visto a veces más como una carga familiar. (GRAFICO No 11)

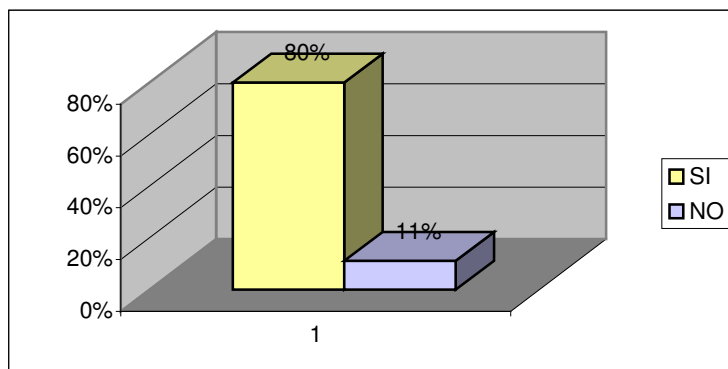
GRAFICO NO 11 TIPO DE RELACIONES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

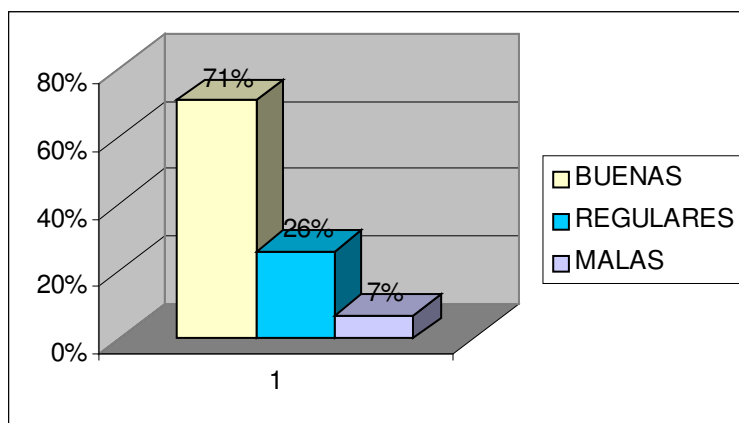
■ **RELACIONES CON VECINOS Y AMIGOS:** el 11% de la personas mayores no tienen ningún tipo de vínculos con ellos, lo que nos muestra cierto grado de aislamiento social, producto de circunstancias como el fallecimiento de amigos, nivel de ingresos, invalidez o minusvalía física o mental, entre otras. Factor relevante ya que el aislamiento social es uno de los aspectos más negativos para la salud física y mental de la persona mayor. El porcentaje restante correspondiente a un 89% hace relación a quienes tienen vínculos con amigos y vecinos y las califican en tres tipos, buenas un 71%, regulares un 26% y malas el 7%; las relaciones buenas y regulares se manifiestan más entre quienes mantienen vínculos con personas de la misma edad y en su mayoría con los vecinos, que se realizan a través de diferentes actividades como onces, charlas, oración, entre otras. En cuanto a las malas relaciones en general son originadas por conflictos con las personas cercanas a la vivienda. (GRAFICO No 12 y 13)

GRAFICO No 12 RELACIONES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON VECINOS Y AMIGOS



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

GRAFICO No 13 CLASIFICACION DE ESTAS RELACIONES

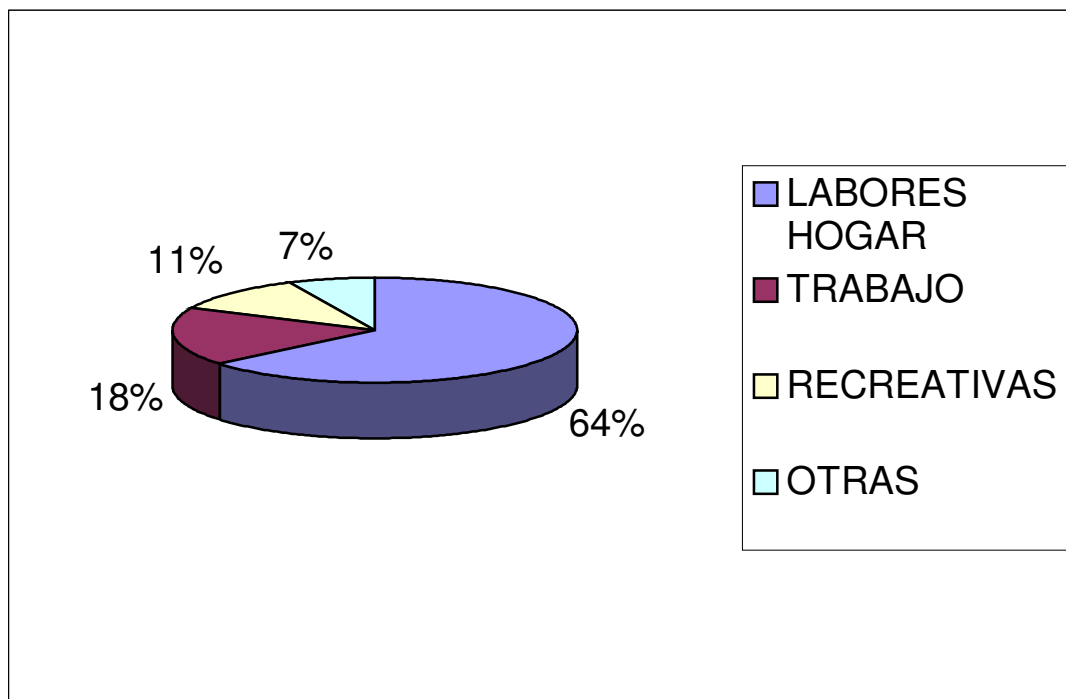


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

11.2 CATEGORIA ECONOMICA

■ **ACTIVIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES:** el 64% se dedican a labores del hogar, actividad que predomina en el genero femenino y que se relacionan con la poca disponibilidad para realizar otras activides según lo afirmado por estas persona, el 18 % realizan algún tipo de trabajo en áreas del comercio, agricultura y construcción pues no cuentan con otro tipo de recursos para responder ante sus obligaciones como si lo tiene quienes reciben colaboración de sus familiares o los pensionados, el 11 % efectúa actividades recreativas dentro de las que consideran los paseos y el deporte y un 7% otras actividades entre las que se encuentra el cuidado de los nietos y otras personas. (GRAFICO No 14)

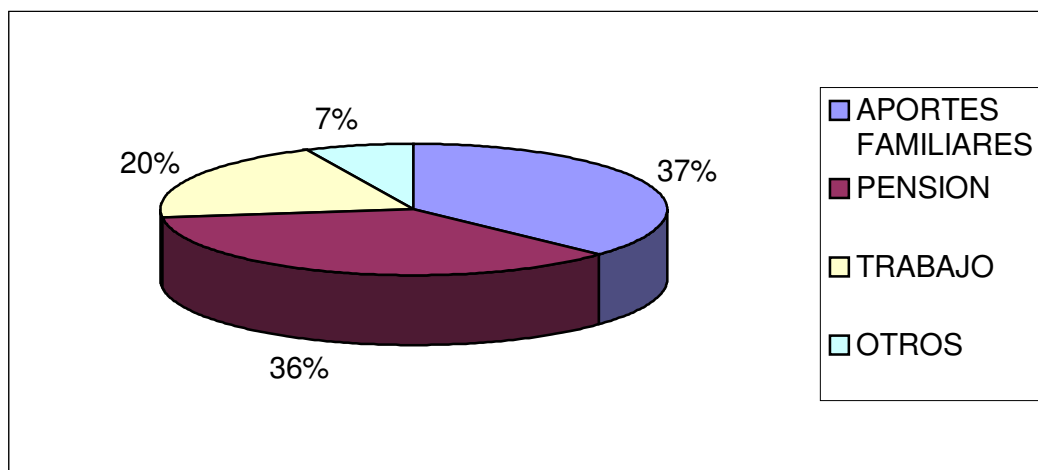
GRAFICO No 14 TIPO DE ACTIVIDADES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

■ **INGRESOS DE LAS PERSONAS MAYORES:** el 73 % de las personas mayores poseen algún tipo de ingreso que les permite tener acceso a servicios de salud y recreación, cuya procedencia se relaciona en un 37% a aportes a nivel familia que son proporcionados por hijos encargados directamente de la persona, situación de mayor incidencia en estratos 1 y 2; seguido por un 36% producto de la pensión condición que brinda cierto nivel de independencia económica y poder de toma de decisiones dentro del núcleo familiar, condición predominante en estratos 4 y 5, un 20% de actividades de trabajo como labores agrícolas, comerciales (tiendas), cuidado de otras personas (niños, nietos) y labores de servicio general, circunstancia visible en mayor proporción en el estrato 3 y un 7% cuyos ingresos proceden de actividades como arriendos, producido de negocios, intereses de dinero, subsidio por parte de la alcaldía (35.000 mensuales), construcción y latonería. El 27% de las personas mayores que no tienen un ingreso, se debe a que dependen de su familia y que todas las cosas que requieran se las facilita esta. (GRAFICO No 15)

GRAFICO No 15 FUENTE DE RECURSOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA QUE POSEE ALGÚN INGRESO



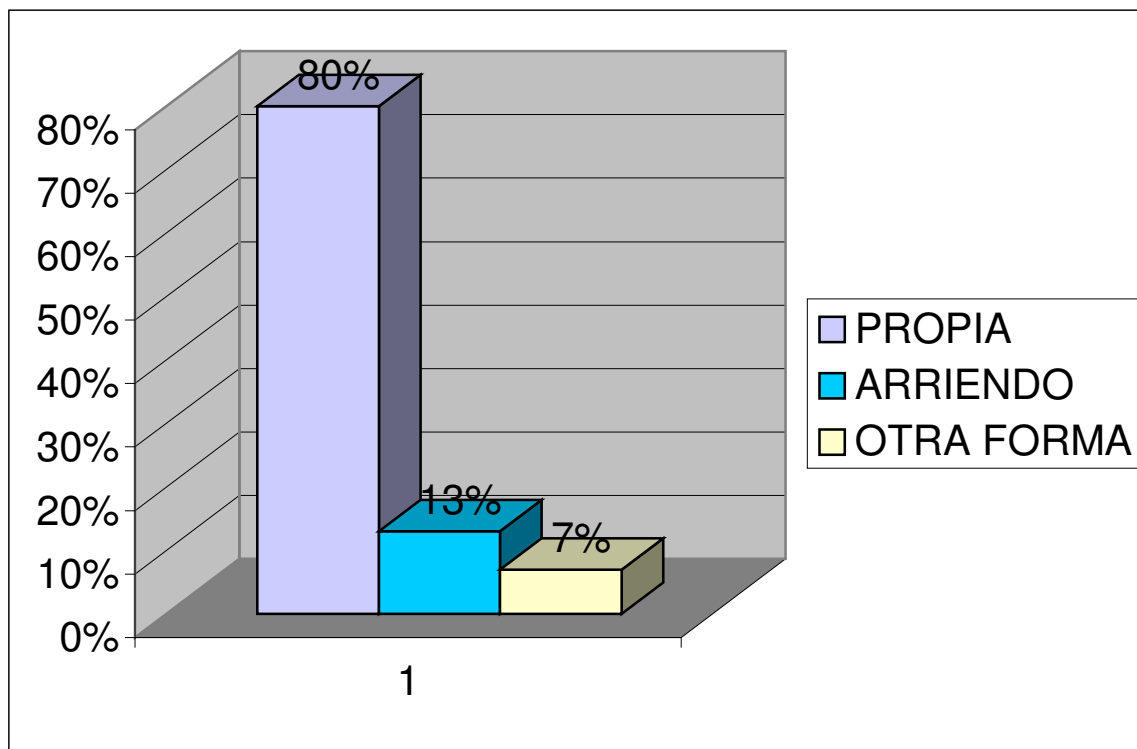
Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

Dentro del grupo que poseen algún ingreso el 36% de las personas consideran que los ingresos que tiene no les alcanza para lo necesario debido a los múltiples gastos que tienen en su hogar, como el pago de servicios, los cuales aumentan cada vez más, el gasto diario en comida y transporte condiciones que no tienen en cuenta los ingresos de cada persona. El 47% afirma que sus ingresos le alcanzan para lo necesario, equilibrando lo que gastan con los ingresos que tienen y un 17% dice que sus ingresos le alcanzan para darse otros gustos dentro de los que se encuentran paseos, vacaciones a otros lugares del país, adquisición de elementos como ropa, joyas, y otros artículos de lujo y situación que se destaca en los estratos 4 y 5.

■ **PERTENENCIA DE LA VIVIENDA:** se encontró que el 80% tiene casa, el 13% viven en arriendo y el 7% en otra forma, considerada esta última como perteneciente a un familiar (un hermano o hijo).(GRAFICO No 16)

Se observa ante esta información como factor protector en un gran número de la población la tenencia de vivienda, ya que la condición de tener un lugar propio se convierte en un respaldo para la persona mayor, porque le brinda cierta estabilidad, protección y seguridad, además les permite invertir sus aportes mensuales en servicios y actividades que contribuyen al bienestar propio y a mejorar su nivel y calidad de vida.

GRAFICO No 16 PERTENENCIA DE LA VIVIENDA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



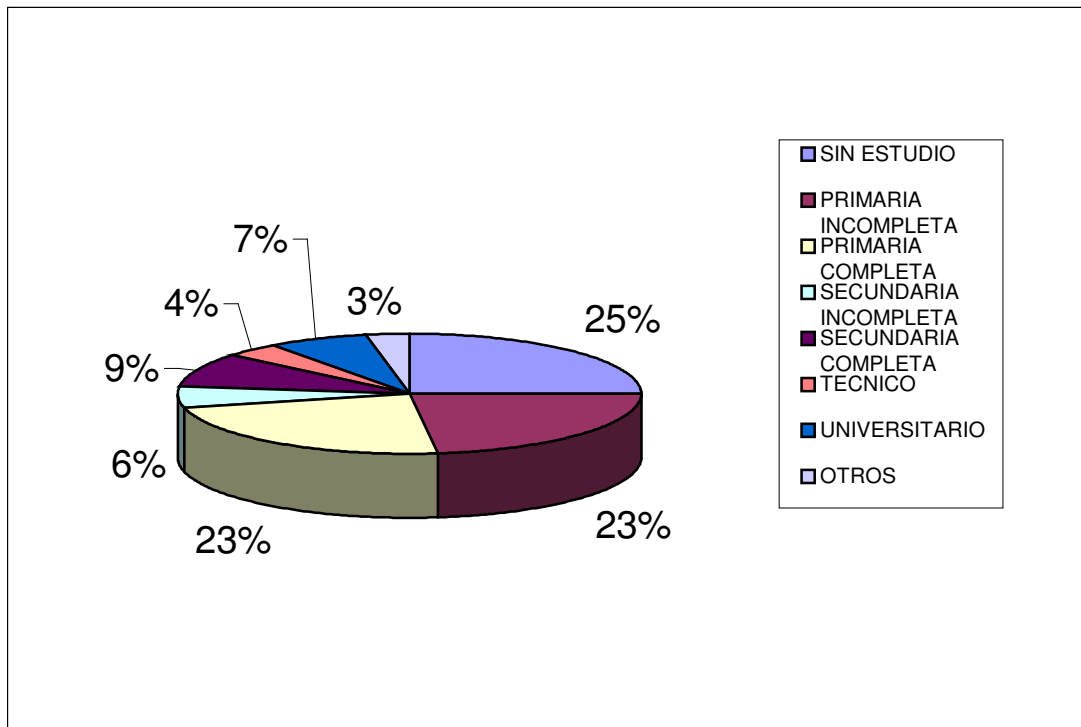
Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

11.3 CATEGORÍA CULTURAL

Dimensiones:

• **NIVEL EDUCATIVO:** en general el nivel educativo de las personas mayores es: sin estudio el 25%, primaria completa el 23%, primaria incompleta un 23%, secundaria completa el 9%, secundaria incompleta un 6%, técnico el 4%, universitario un 7% y como otros tipos de estudios como postgrados y doctorados 3%. Encontrando en esta población una estrecha relación con el estrato socioeconómico, circunstancia que nos permite afirmar que alcanza mayor nivel educativo, aquellas personas que tienen mayores recursos económicos, como en los que se ubican en estratos 4 y 5 (postgrados y doctorados). Así mismo el grado de instrucción que actualmente tienen las personas mayores, corresponde a las políticas y costumbres de tiempos pasados. (GRAFICO No 17)

GRAFICO No 17 NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

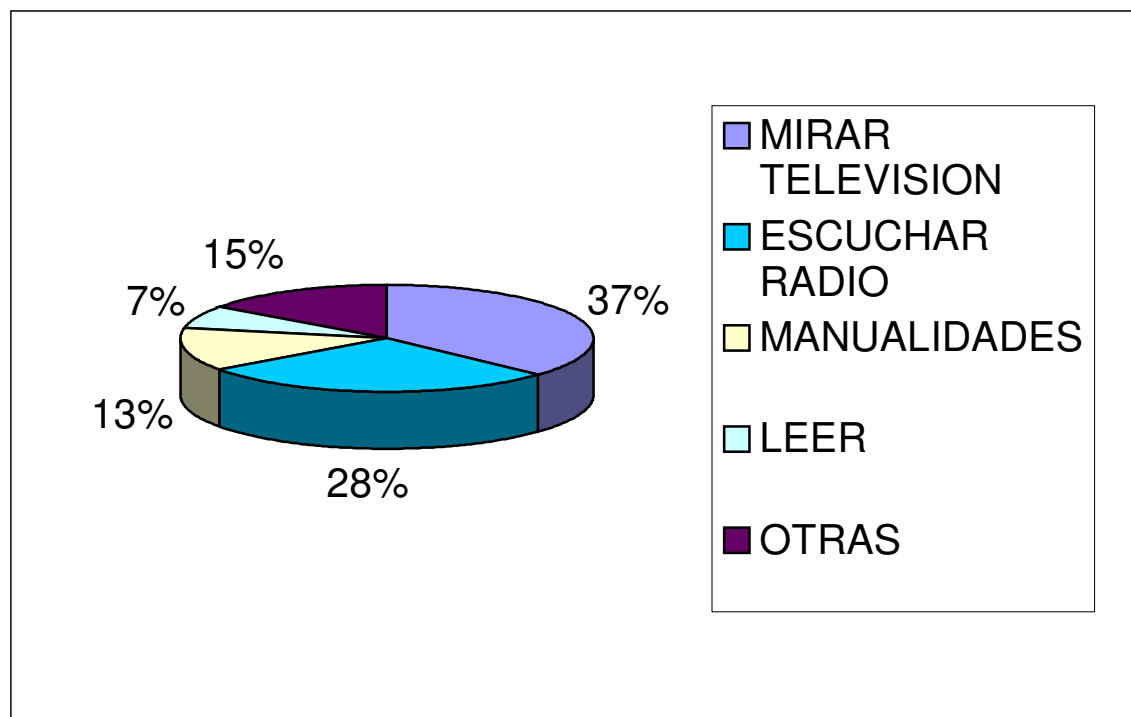


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

● **UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE:** en cuanto al tiempo libre entendido como un espacio de tiempo para realizar actividades de recreación y esparcimiento encontramos que el 94% cuentan con él y lo utiliza en actividades como mirar televisión el 37%, escuchar radio el 28%, manualidades el 13%, leer el 7% y otras el 15% entre las que se encuentran: paseos, jardinería, agricultura, dormir, juegos de mesa, visitar a amigos, vecinos, enfermos, realización de actividades deporte, espirituales y arreglos de mantenimiento de la casa. El 6% no tiene tiempo libre pues su actividades y ritmo de vida habitual no les permite contar con él; dentro de las actividades se encuentran: el cuidado de los hijos, nietos y otros familiares, las labores del hogar y actividades de trabajo. (GRAFICO No 18)

La mayoría de las personas utilizan su tiempo libre en acciones de poca actividad física que pueden conllevar a la aparición de alteraciones de salud relacionadas con el sedentarismo alterando su calidad de vida.

GRAFICO No 18 UTILIZACION DEL TIEMPO LIBRE DE LA POBLACION ESTUDIADA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

● **PERTENECÍA A UN GRUPO SOCIAL Y CULTURAL:** se encontró que el 25% sí pertenece a grupos de atención a la tercera edad de instituciones como Cajanal, Comfaboy, la Alcaldía mayor de Tunja, Saludcoop, Instituto De Seguros Sociales: y a otros grupos religiosos y de apoyo a la comunidad como las dama grises y rosadas. Algunos de los servicios que prestan las instituciones son:

📖 INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES: esta institución cuenta con un programa llamado salud integral para la tercera edad, que lo ofrece a sus pensionados, donde fomenta estilos de vida saludable, realiza gimnasia dirigida, educación en factores de riesgo frente a su salud biopsicosocial, consulta preventiva para la detección de riesgos psicosociales, recreación y utilización del tiempo libre.

📖 COMFABOY: posee un programa para sus afiliados llamado adulto mayor donde ofrece servicios como: musicoterapia, educación física, terapia ocupacional, física y psicológica, enfermería, cursos y talleres, por los cuales el usuario cancela una cuota semestral

•
•
•

dependiendo de la categoría a la que pertenezca que oscila entre 75.000 a 96.000 pesos

- 📖 ALCALDÍA MAYOR DE TUNJA: esta cuenta con programas como el de ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR y EDAD DORADA dirigidos a personas mayores pertenecientes a nivel 1 y 2 donde se les prestan servicios de recreación (paseos, danzas) y actividad física (caminatas gimnasia) que no tiene ningún costo para el usuario.

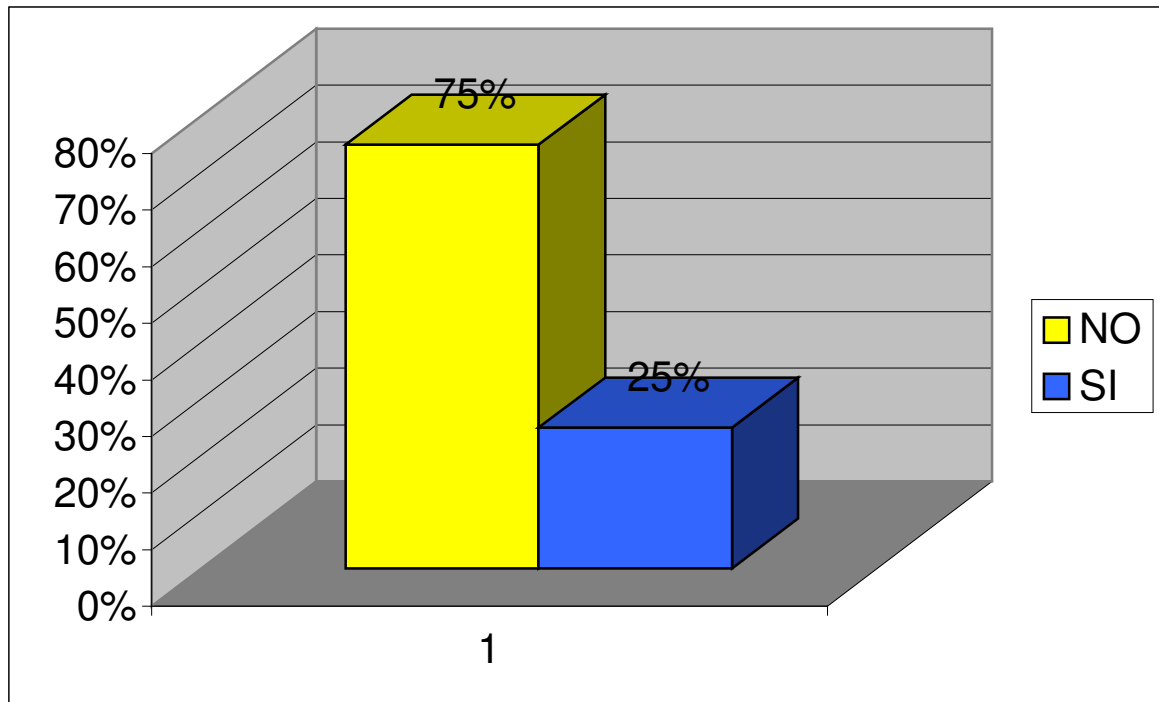
- 📖 CAJANAL: a esta pertenecen los pensionados de esta institución que cancelan por el uso de sus servicios una cuota mensual de 10.000 pesos; dentro de los servicios que ofrecen se encuentran: servicio de capacitación (música, pintura, dibujo, danzas, gimnasia y panadería) recreación (un paseo mensual y uno anual) actividades culturales (mensualmente realizan una actividad cultural y se celebran fechas como el día de la familia, del niño, del pensionado, entre otros)

- 📖 SALUDCOOP: tiene un club de la salud donde sus afiliados reciben charlas educativas se les realiza caminata y gimnasia una vez a la semana.

Todas estas instituciones brindan servicios que van dirigidas a la persona sin tener en cuenta su integralidad, ni su grupo familiar que es el ente principal en el cuidado y desenvolvimiento del adulto mayor.

El 75% de las personas que no pertenecen a un grupo social o cultural se debe a que no han encontrado uno que les llame su atención o porque pertenecieron a uno y se cansaron de asistir. (GRAFICO No 19)

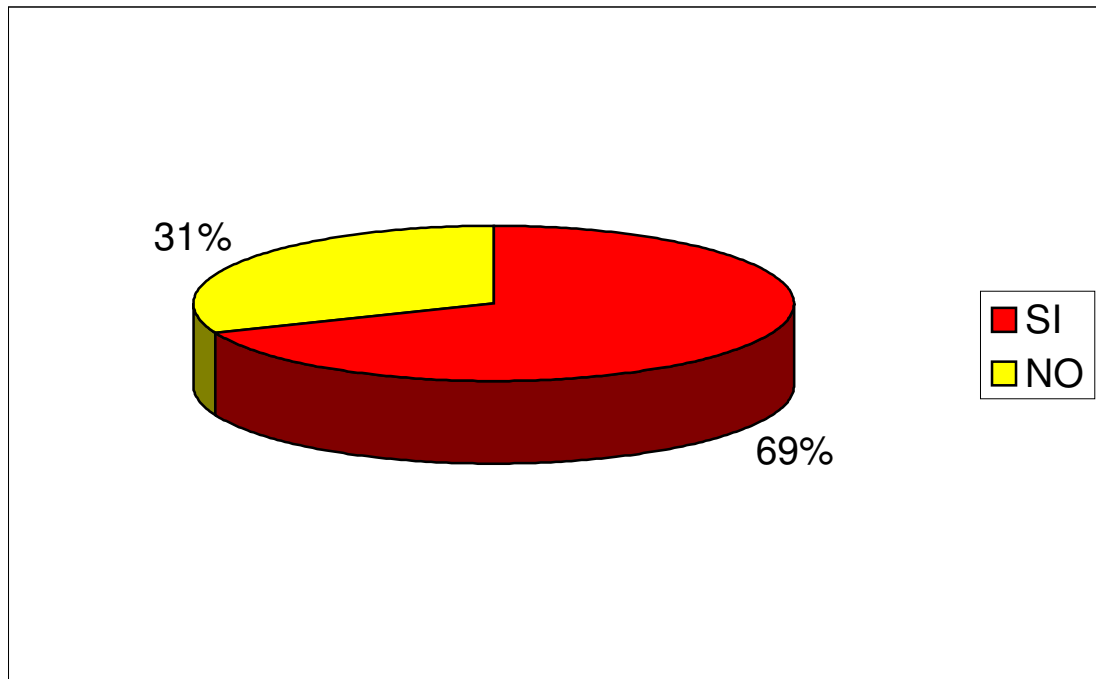
GRAFICO No 19 PERTENENCIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA A UN GRUPO SOCIAL O CULTURAL



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

● **SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES PRESTADAS POR EL GRUPO SOCIAL O CULTURAL:** de las personas mayores que asisten a algún grupo el 69% se sienten satisfechos con los servicios que se les presta y el 31% no, porque consideran que estas no se ajustan a sus gustos, no están de acuerdo con el personal que presta el servicio o porque son elevados los gastos que tiene que afrontar para recibir los servicios. (GRAFICO No 20)

GRAFICO No 20 AGRADO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON SERVICIOS CULTURALES O SOCIALES



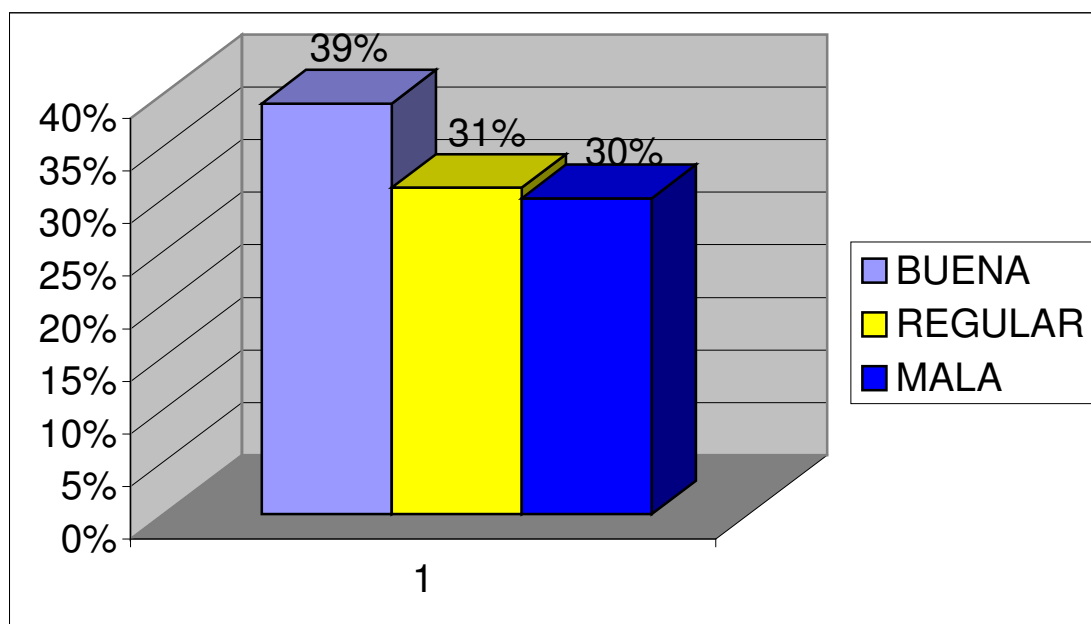
Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

11.4 CATEGORÍA SALUD

Dimensiones.

◆ **PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD:** el 39% de las personas encuestadas consideran que su salud es buena, el 31% regular y el 30% mala, observándose que ésta guarda una estrecha relación con el estado de ánimo de la persona en el momento de la entrevista, más que en cualquier alteración o enfermedad que pudiera presentar la persona.(GRAFICO No 21)

GRAFICO No 21 PERCEPCION DE LA POBLACION ESTUDIADA DE SU PROPIO ESTADO DE SALUD



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

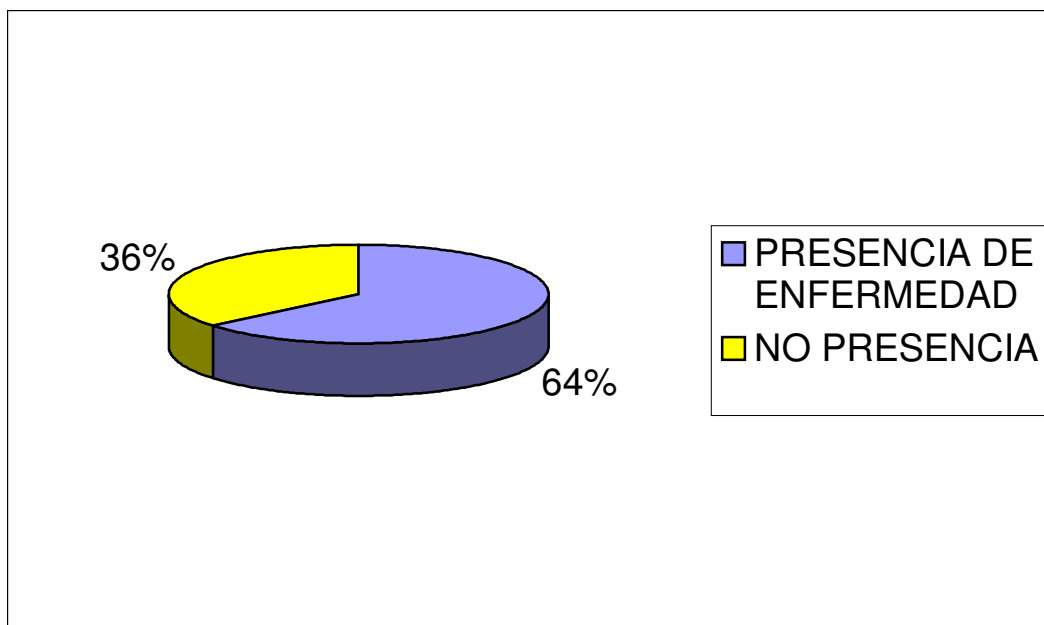
◆ **MORBILIDAD:** el 64% de las personas mayores ha presentado alguna enfermedad en los últimos tres años, dentro de las que se encuentran hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis, alteraciones de la piel, gástricas, visuales y auditivas; además se determinó que el 58% de estas personas toman medicamentos y un 42% no lo hace debido a la ausencia de servicios de salud, falta de dinero para su adquisición o por falta de confiabilidad en la efectividad del medicamento prescrito.(GRAFICO No 22)

Es importante señalar que la anterior información no difiere del resto de la población Colombiana, dado que sus perfiles de salud enfermedad entre los años 1985-1995⁴⁵ muestran la presencia de las mismas patologías encontrada en la población Tunjana y son causas principales de pérdida de años de vida saludable. De la misma manera, el envejecimiento no constituye una enfermedad, pero determina un gran número de trastornos que afectan a todos los órganos y sistemas del individuo, es un proceso natural en el que influye tanto la herencia, como el estilo, condiciones de vida y el ambiente en el

⁴⁵ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, resolución 00412, Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años. Bogota, Colombia.21.3.

cual se desenvuelve la persona.

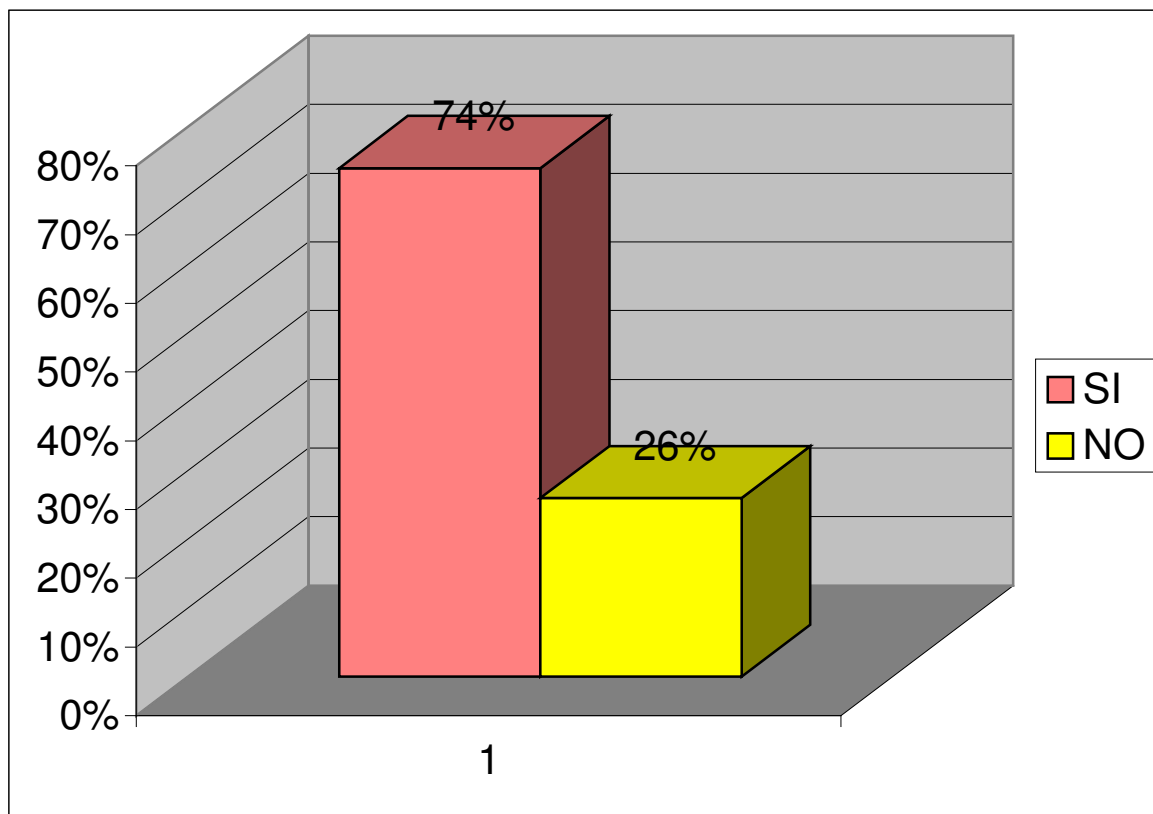
GRAFICO No 22 MORBILIDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **ASISTENCIA A CONTROL MEDICO:** el 74% de la personas mayores asisten a éste con mayor frecuencia mensualmente o cada dos meses y lo hacen más quienes presentan enfermedades crónicas para continuar con la terapia farmacológica, existiendo un 10% que aunque no posee una enfermedad asiste a control medico con una frecuencia anual y un 26% que no asiste a control porque no tienen acceso a servicios de salud. (GRAFICO No 23)

GRAFICO No 23 ASISTENCIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA A CONTROL MEDICO



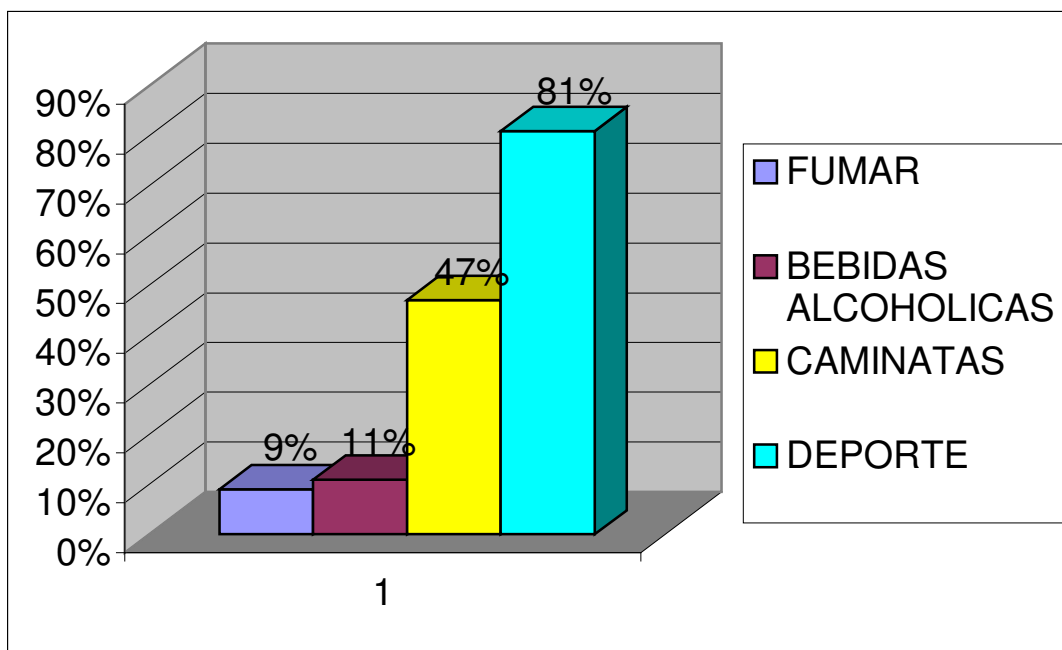
Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **HÁBITOS:** se encontró como factor de riesgo que el 9% de las personas mayores fuman y lo hacen diariamente a 2 veces por semana, el 11% consume bebidas alcohólicas con una frecuencia diaria o semanal, el 81% no realiza ningún tipo de deportes o ejercicio y el 47% no realizan caminatas.(GRAFICO No 24)

Todo lo anterior revela factores de riesgo que modifican el estado de salud y producen degeneración funcional del organismo, aumentando el riesgo de presentar alguna enfermedad de tipo cardiovascular, metabólicas y respiratorio principalmente con una consecuente disminución de la salud física y emocional, por ejemplo que el consumo de cigarrillo produce en el organismo cáncer de las vías respiratorias, afecta la resistencia y rendimiento atlético para la realización de actividades como caminar correr, nadar, la presión sanguínea y el ritmo cardiaco aumenta, el corazón tiene que trabajar mas fuerte y por lo tanto se puede debilitar. el alcohol además de afectar la vida social, familiar y laboral de una persona mayor causa problemas a nivel físico y mental como cáncer en las vías digestivas, en el hígado, gastritis, inflamación del páncreas,

calambres, dolor de cabeza intenso, temblor y mal estado nutricional y el sedentarismo en la persona mayor produce aumento de peso, problemas articulares, musculares y a nivel cardiovascular.

GRAFICO NO 24 HÁBITOS FACTOR DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

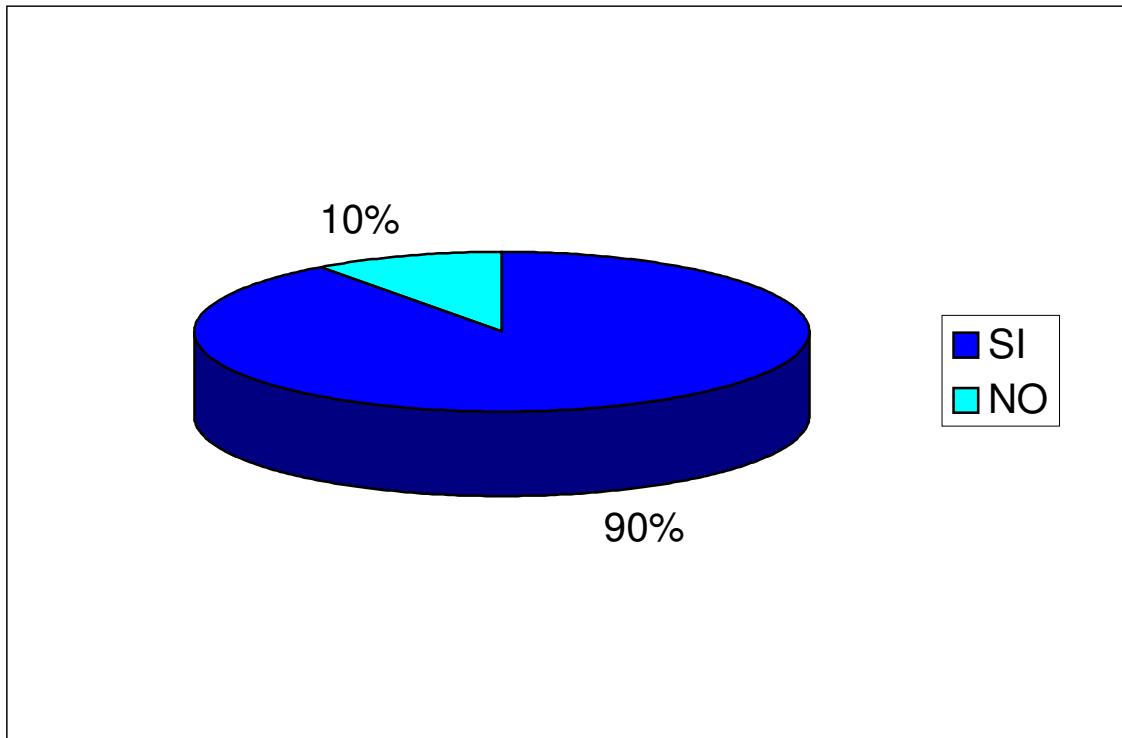


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:** el 90% de las personas mayores se encuentran afiliadas a una EPS como Salucoop, Comeva, Humana Vivir, ISS, entre otras, perteneciendo el 65% al régimen contributivo bajo la condición de cotizante o beneficiario del cónyuge o hijos y un 35% al régimen subsidiado.

El 10% de la población no cuenta con ningún tipo de protección en salud, situación factor de riesgo pues en edades avanzadas se hace mayor el uso de los servicios médicos, sumado a la mayor predisposición de enfermar. (GRAFICO No25)

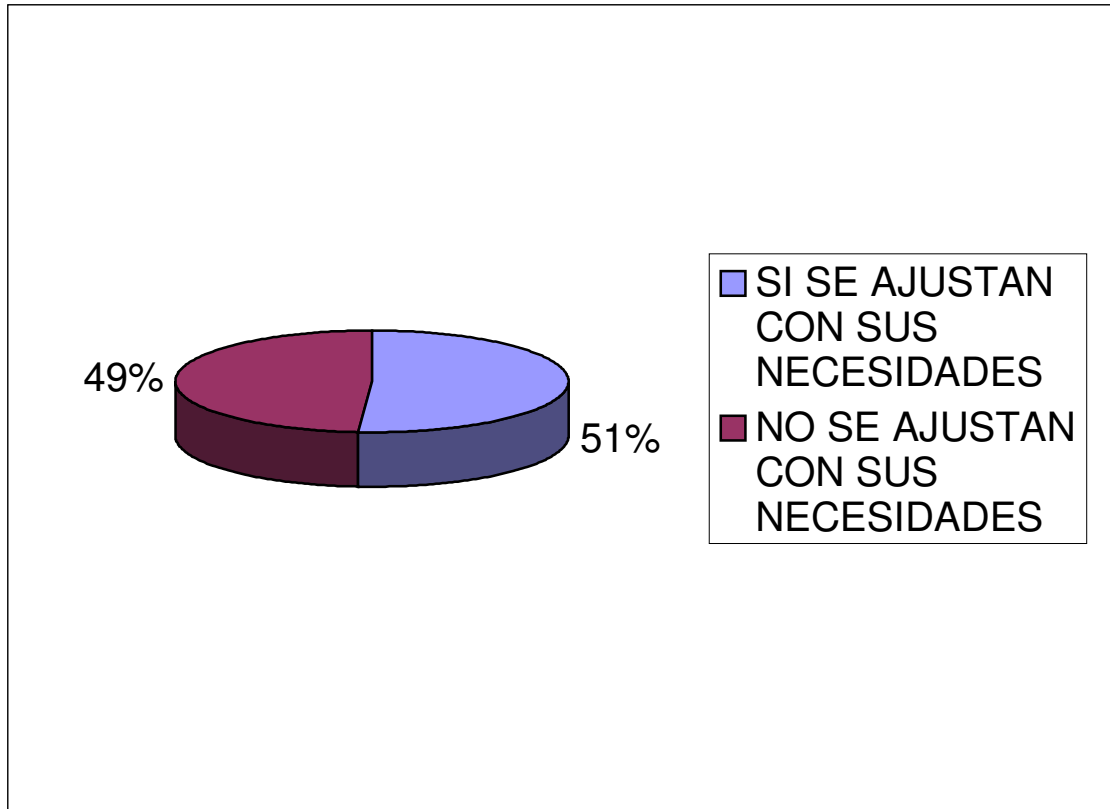
GRAFICO NO 25 COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **SERVICIOS DE SALUD:** al indagar sobre la percepción que tienen las personas mayores sobre los servicios de salud a los que tienen acceso se encontró que el 51% considera que estos se ajustan a sus necesidades porque les brindan la atención que requieren de una forma adecuada y un 49% que no se ajustan por que tienen que cancelar un copago elevado, algunos medicamentos deben comprarlos por su cuenta porque la EPS no los cubre o porque está no cuenta con ellos en el momento o la atención por parte de las personas que prestan los servicios es poco humanizada y carece de calidad.(GRAFICO No 26)

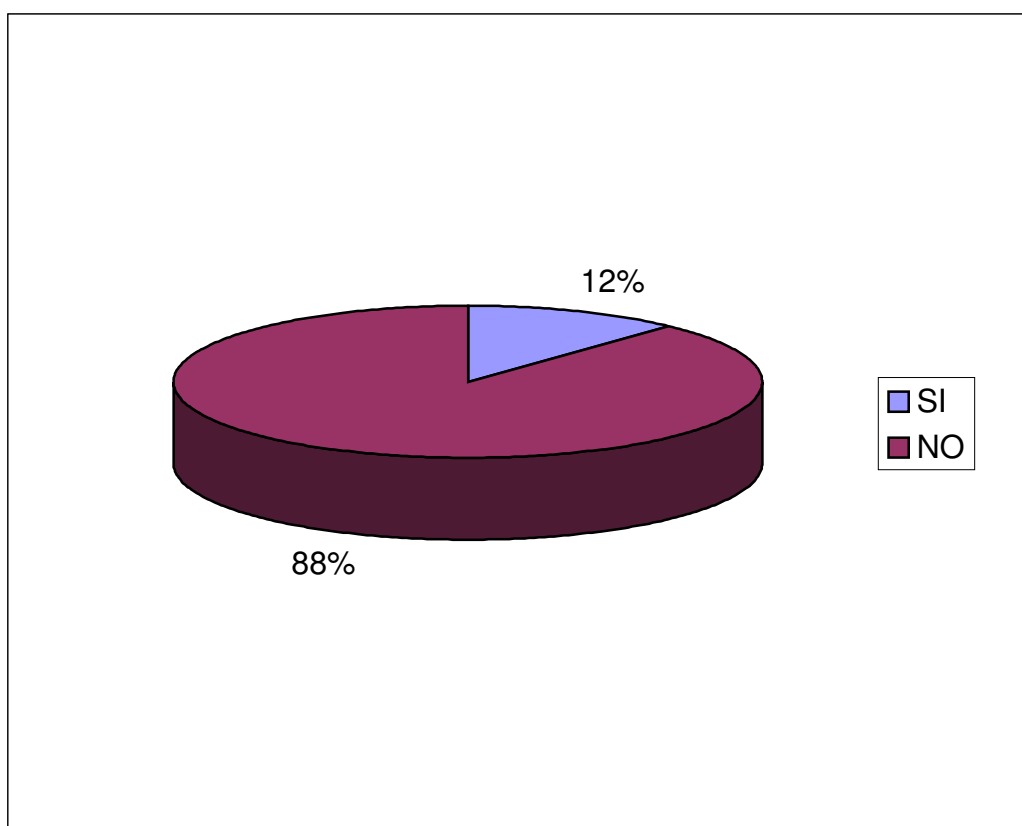
GRAFICO NO 26 PERCEPCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE TIENE ACCESO LA POBLACIÓN ESTUDIADA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **ASISTENCIA A CENTROS DE MEDICINA ALTERNATIVA:** el 12% asiste a un centro de medicina no tradicional para cuidar su salud, siendo más común la utilización de terapias como la acupuntura y la fitoterapia. El 88% no asiste a este tipo de centros porque no cree en ellos o no cuenta con los recursos para hacerlo, asistiendo solo a IPS de medicina tradicional. (GRAFICO No 27)

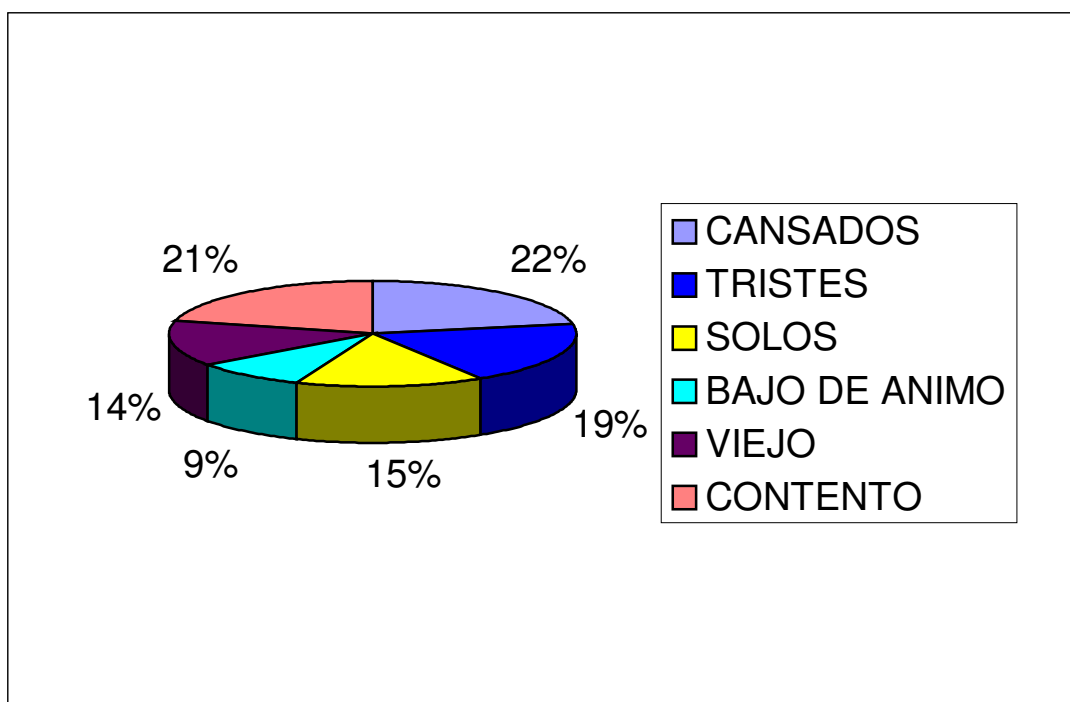
GRAFICO No 27 ASISTENCIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA A CENTROS DE MEDICINA ALTERNATIVA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **ESTADO DE ANIMO:** al indagar sobre el estado de animo de la persona en la actualidad se encontró que el 22% se sentían cansados, 19% tristes, el 15% solos y el 9% bajo de animo debido a circunstancias como la pérdida de roles sociales, situaciones económicas, cambios en la esfera familiar por ejemplo; salida de los hijos del hogar(nido vacío), muerte de seres queridos, reestructuración o inversión de las relaciones de dependencia, cambios a nivel social (jubilación) perdida del poder adquisitivo, cambio estrato social aumento del tiempo libre, reducción de las redes sociales, cambios en la capacidad funcional, pérdida agudeza visual, auditiva, motriz, dificultad para realizar nuevos aprendizajes entre otros. El 14% se siente viejo, tomado como propio la condición de vejez. El 21% se sienten felices aspecto favorable para estas personas puesto que disminuye la probabilidad de enfermar, la persona se siente con más iniciativa para emprender nuevas tareas, es más activa y se integra con mayor facilidad. (GRAFICO No 28)

GRAFICO No 28 SENTIMIENTOS ACTUALES DE LAS PERSONAS MAYORES

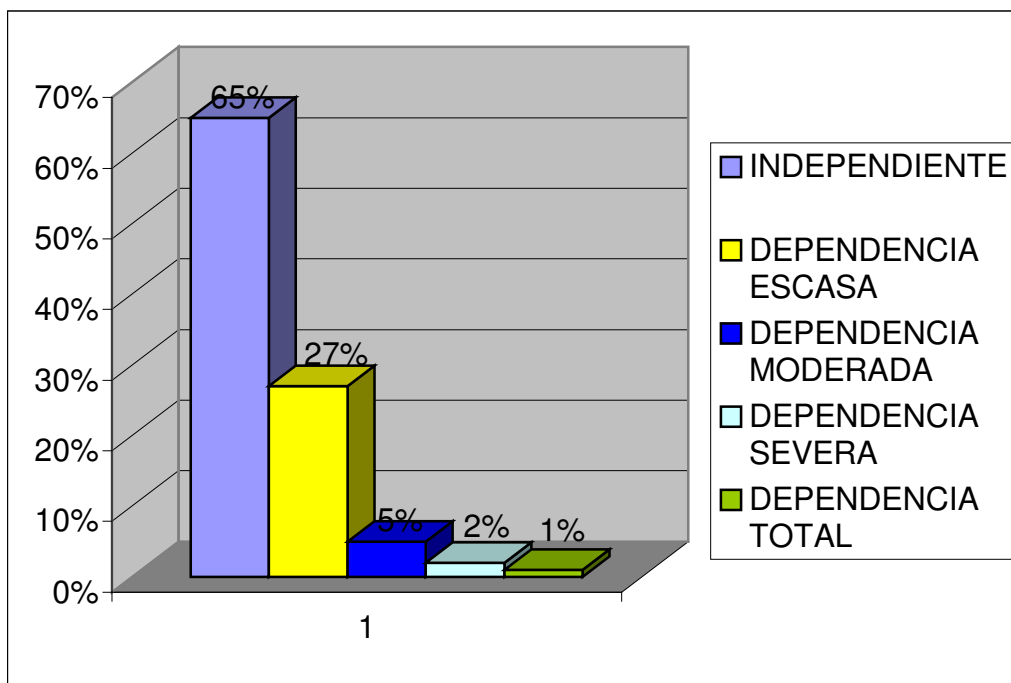


Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **NIVEL DE INDEPENDENCIA:** en relación a este se encontró según el Índice de Barthel que el 65% de la población es independiente, dado que pueden realizar actividades básicas de la vida diaria (deambulacion, alimentación, aseo, traslado silla-cama, vestido y continencia urinaria y fecal) así como actividades instrumentales entendidas estas ultimas como tarea domesticas uso de transporte y manejo de dinero por si solos, el 27% posee un nivel de dependencia escasa, el 5% una dependencia moderada, el 2 % una dependencia severa y el 1% una dependencia total este ultimo relacionado con la edad; la persona posee 93 años. De esto se puede determinar que el nivel de independencia de las personas mayores es alto, permitiéndoles dicha condición realizar actividades en pro de su bienestar físico y mental. (GRAFICO No 29)

Se considera dependiente alguna persona que necesita algún tipo de ayuda para la realización de sus actividades diarias o instrumentales, esta se puede clasificar según el número de actividades y grado de ayuda que necesita para la realización de estas, siendo escasa, moderada, severa y total.

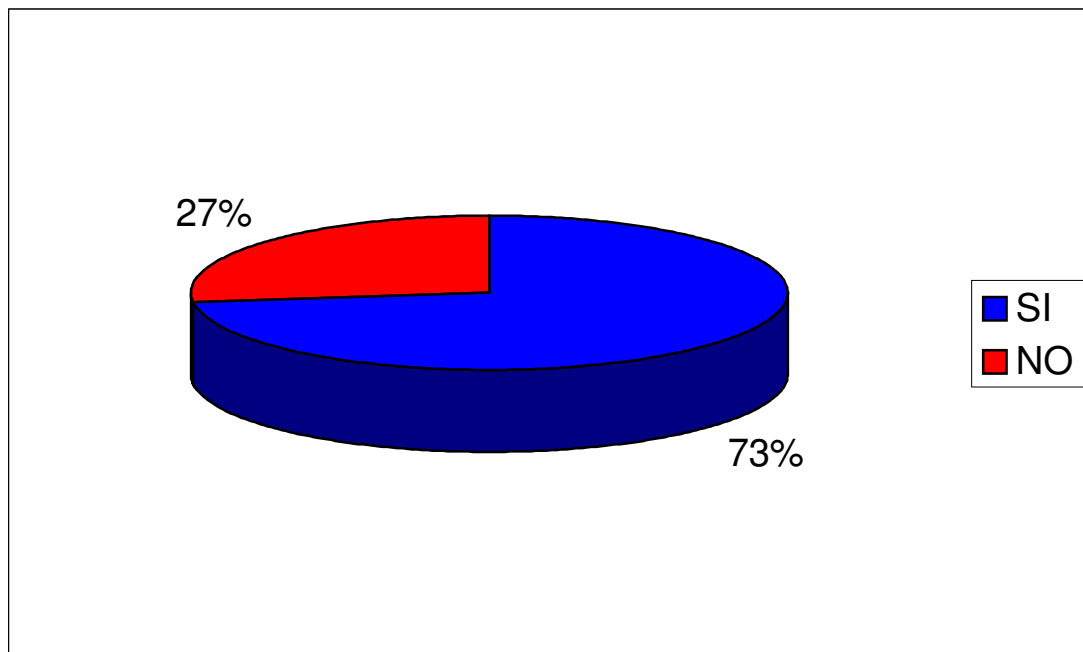
GRAFICO No 29 NIVEL DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **INTERES POR CENTROS DE ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR:** en relación a la preferencia de asistir a instituciones para cuidado y convivencia durante el día, el 73% afirma que asistirían a estas y un 27% no le gustaría asistir a estas instituciones, pues sus ocupaciones actuales como el trabajo, cuidado de los nietos y las labores del hogar no les permite sacar tiempo para asistir, o no les gusta estar en este tipo de instituciones o porque consideran poseer alguna limitación psicomotrices que no les permite hacerlo. (GRAFICO No 30)

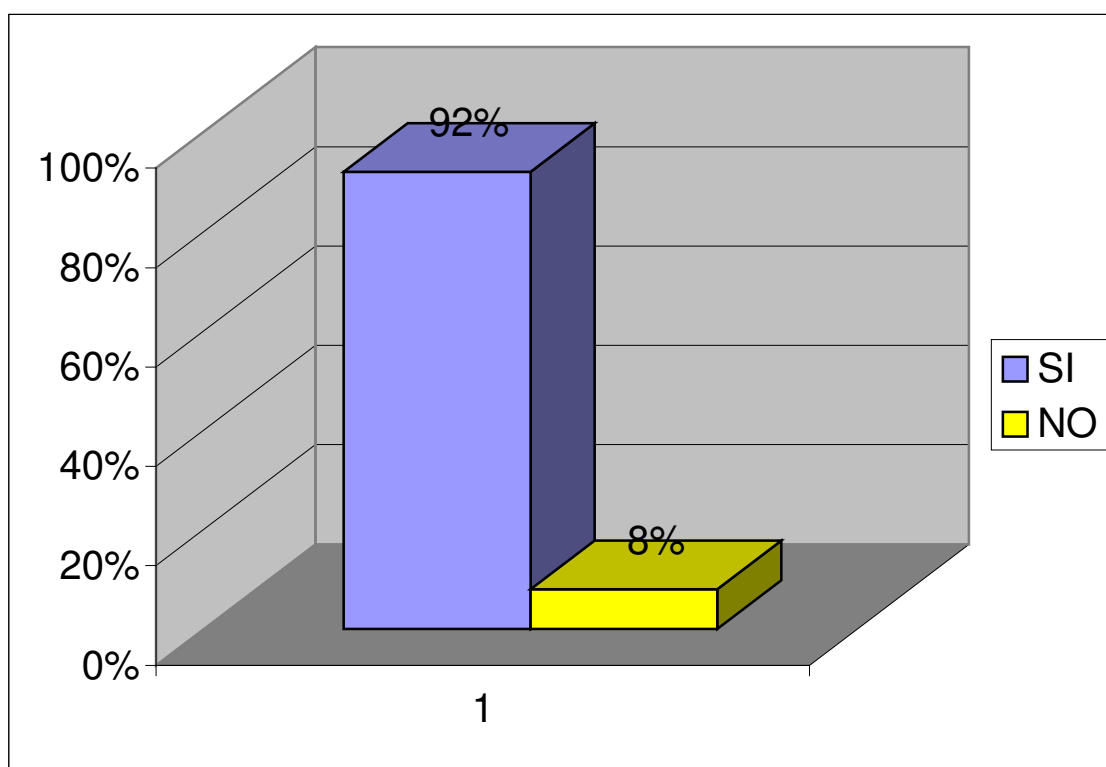
GRAFICO NO 30 INTERES DE LA POBLACION ESTUDIADA POR ASISTIR A INSTITUCIONES GERONTOLÓGICAS DÍA.



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **NECESIDAD DE UN CENTRO DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA DIURNA:** al indagar sobre si sería necesario un centro día para la atención de la persona mayor en Tunja el 92% lo considera necesario, dado que, aunque hay instituciones que prestan servicios a las personas mayores, sus servicios son un poco limitados en cuanto a cobertura, algunos tienen costos muy elevados y otros son poco innovadores, además consideran que existen muchas personas de mayores que lo necesitan; el 8% considera que no es necesaria la implementación de estas instituciones porque ya existen varias y se prestarían los mismos servicios o porque se encuentran vinculados a una de ellas y esta le presta servicios de su agrado.(GRAFICO No 31)

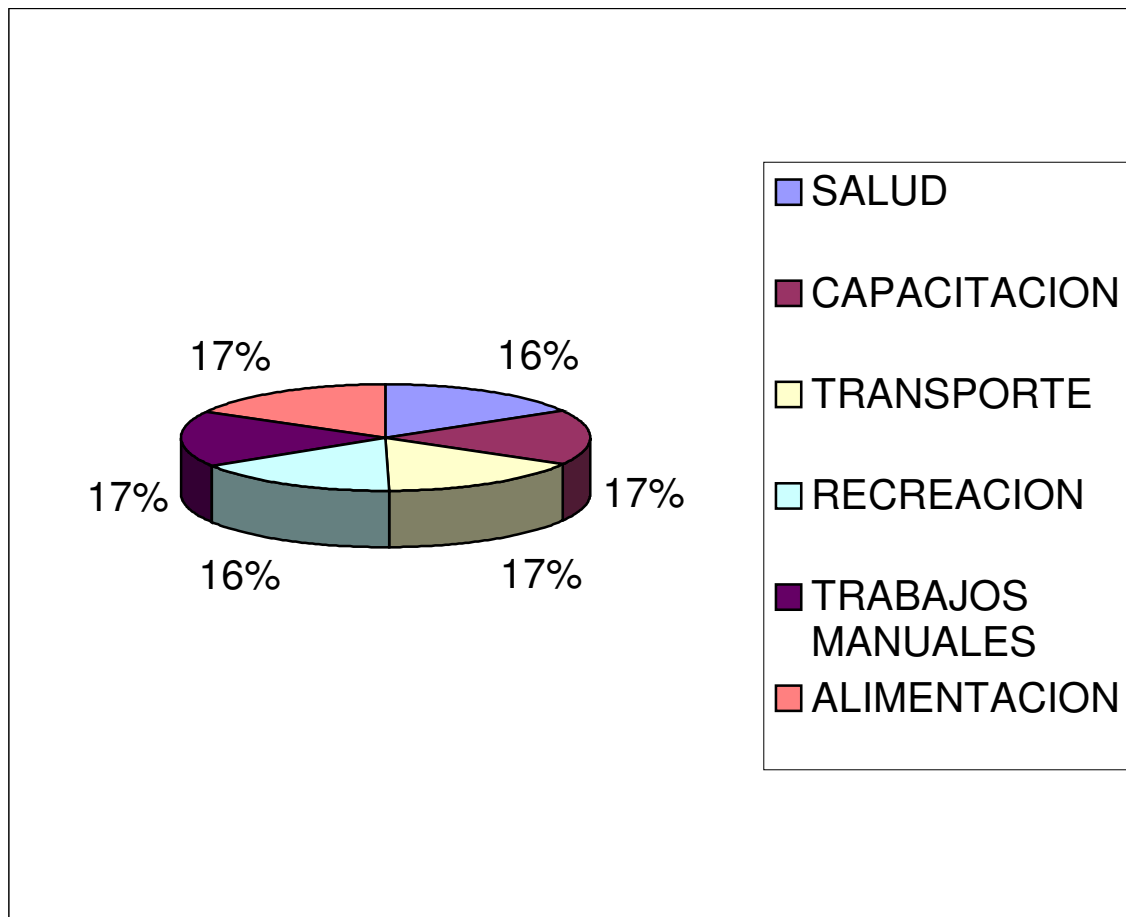
GRAFICO No 31 NECESIDAD DE UN CENTRO DIA EN TUNJA



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **SERVICIOS:** dentro de los servicios que consideran que debe prestar una institución para las personas mayores el 97% salud, el 96% capacitación, y transporte a la casa, el 95% recreación, el 98% trabajos manuales y alimentación, además les gustaría que se ofrecieran servicios de ayuda espiritual, natación, música y humor. Quienes no consideran, servicios como salud (3%), capacitación(4%), transporte(4%), recreación(5%), trabajos manuales(2%) y alimentación (2%), lo hacen porque ya cuenta con ellos como en el caso de la salud o el transporte, o porque no les gusta esos servicios ejemplo el de capacitación. (GRAFICO No 32)

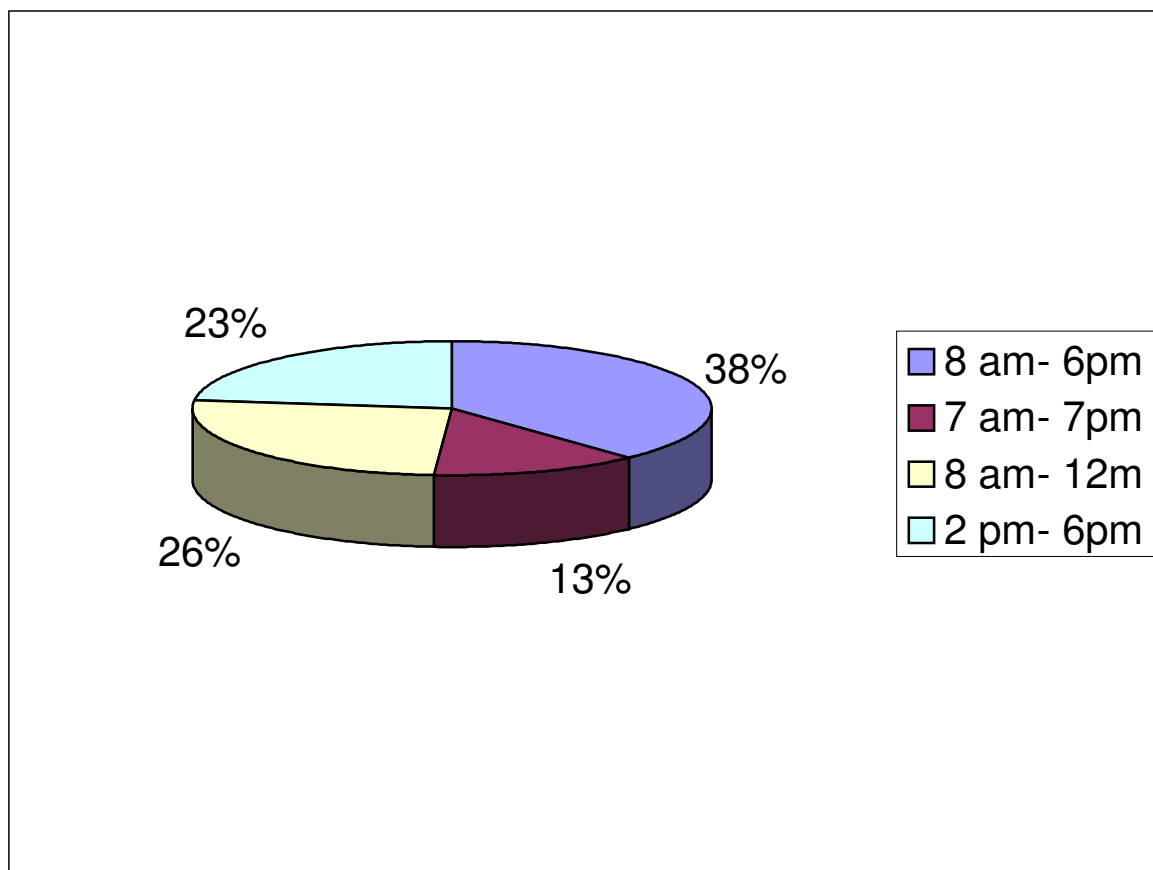
GRAFICO NO 32 SERVICIOS QUE LE GUSTARIA A LA POBLACIÓN ESTUDIADA QUE PRESTE UNA INSTITUCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **HORARIOS Y FRECUENCIA DELA ASISTENCIA:** en cuanto estos las personas mayores manifiestan que asistirían a una institución, el 51% de las persona lo harían durante todo el día en un horario de 8 a.m. a 6 p.m.(38%) y de 7 a.m. a 7 p.m.(13%), y media jornada 49% en un horario de 8 a.m. –12m (26%) y de 2 p.m.- 6 p.m (23%). La frecuencia en que lo harían es cada tercer día el 44%, diariamente el 33% y una vez a la semana el 22%. (GRAFICO No 33)

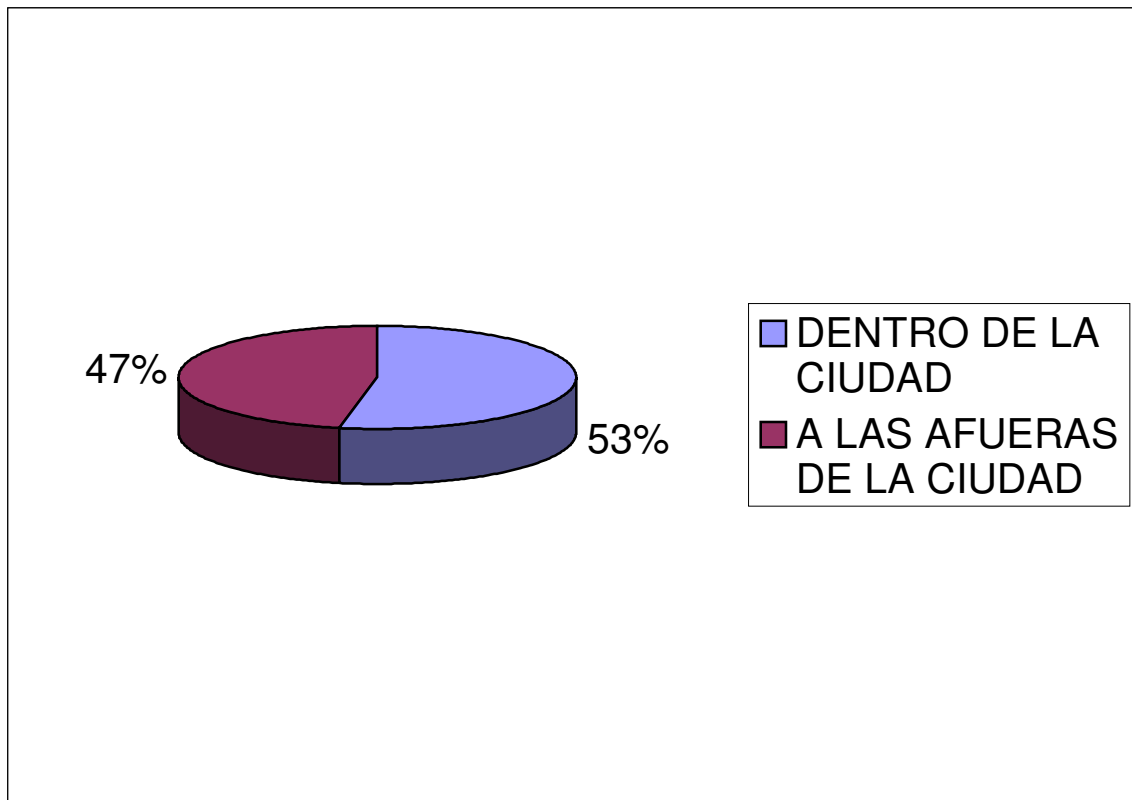
GRAFICO No 33 HORARIOS DE ATENCIÓN QUE CONSIDERA LA POBLACIÓN ESTUDIADA QUE DEBE PRESTAR UNA INSTITUCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **UBICACIÓN:** el 53% las personas mayores prefieren que la institución se ubique dentro de la ciudad por razones de movilización y el 47% a las afueras de la ciudad pues les gustaría que fuera un poco más campestre y cambiar de ambiente.(GRAFICO No 34)

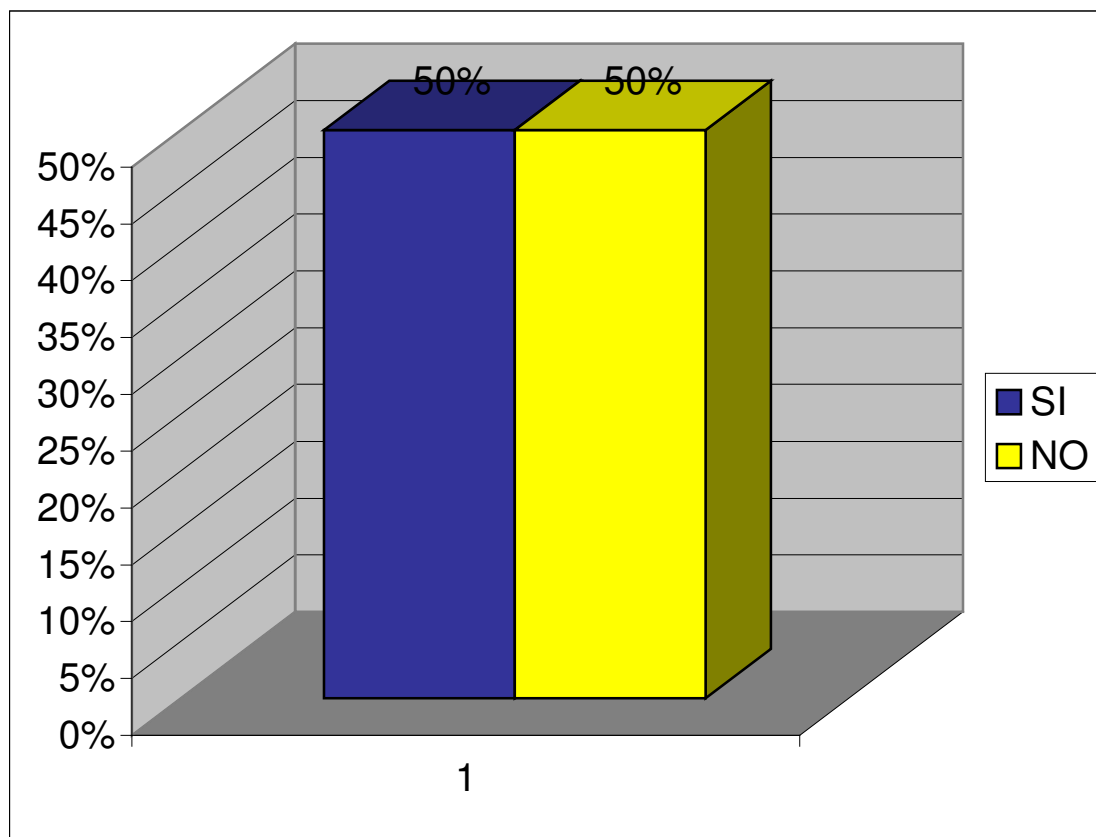
GRAFICO No 34 UBICACIÓN DEL CENTRO



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **COSTOS POR LOS SERVICIOS:** el 55% de las personas consideran que los servicios deben tener algún costos y un 45% que no, porque el Estado debería gratuitamente; en cuanto a la posibilidad de asumir algún costos el 50% estarían en la posibilidad de hacerlo aportando una cuota aproximada de 10.000 a 50.000 pesos mensuales, el 50% restante no pagaría por el servicio por no contar con los aportes para hacerlo. (GRAFICO No 35)

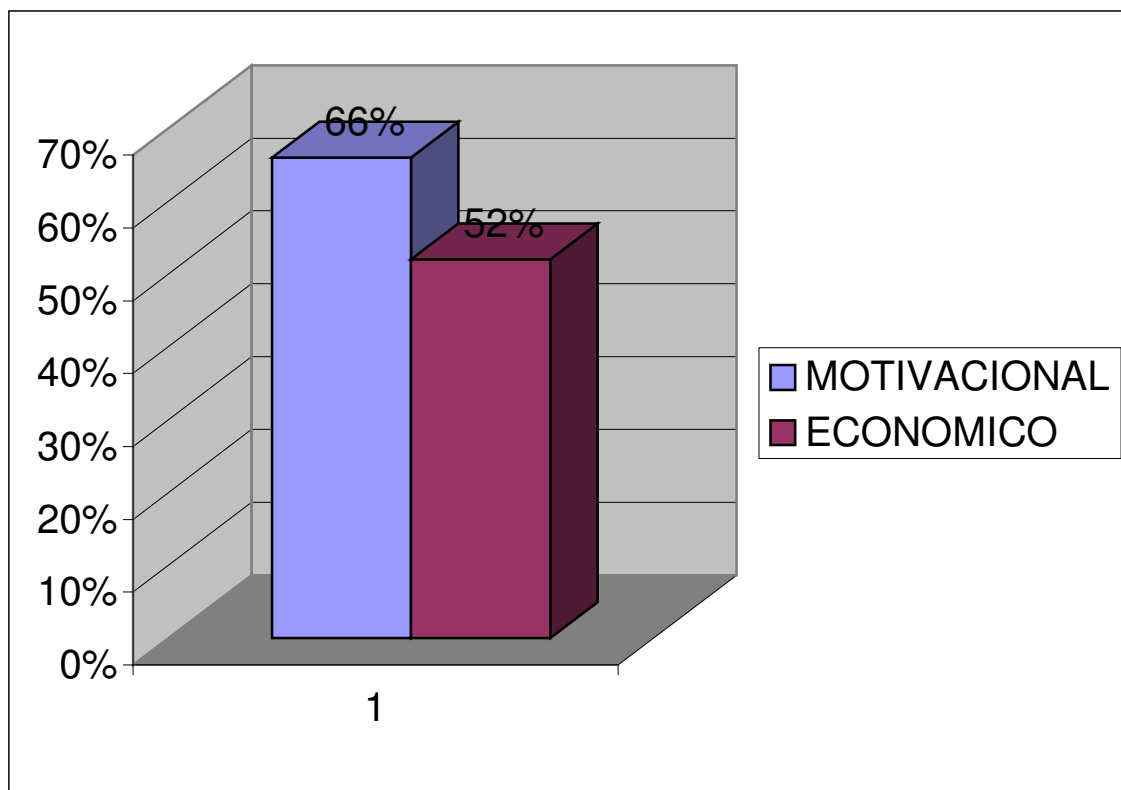
GRAFICO No 35 DISPOSICION PARA EL PAGO DE SERVICIOS DE LA POBLACION ESTUDIADA.



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

◆ **APOYO FAMILIAR:** al involucrar a los familiares encontramos que el 66% motivaría y apoyarían a la persona mayor para que asista a una institución gerontológica durante el día. Teniendo en cuenta la parte económica el 52% la apoyaría con algún aporte monetario, el 48% que no lo haría porque no cuenta con los recursos o porque la persona mayor cuenta con sus propios recursos. (GRAFICO No 36)

GRAFICO No 36 TIPO DE APOYO FAMILIAR PARA LA ASISTENCIA DE LA POBLACION ESTUDIADA AL CENTRO DIA GERONTOLOGICO



Fuente: entrevista estructurada aplicada a las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja de Junio-Agosto del 2004

CONCLUSIONES

- Dentro de las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud se encontró que el 89% de las personas mayores estudiadas en la ciudad de Tunja tienen la posibilidad de vivir aún más tiempo y estar bajo condiciones inherentes al proceso de envejecimiento e interacción con su medio, aumentando la necesidad de establecer acciones que busquen mejorar y mantener más años de vida saludable.
- La tipología familiar se caracteriza por ser nuclear extensa y multigeneracional el 8% de las personas manifiestan no sentirse a gusto con sus relaciones familiares, situación relacionada con una condición económica baja, falta de comprensión, poca y mala calidad del tiempo para compartir, así mismo el 20% siente que su familia no les brinda la atención que necesita por sus múltiples ocupaciones en las cuales no se involucra la persona mayor, también el 22 % no son tomados en cuenta en las decisiones familiares debido a la gran cantidad de creencias erróneas que tienen sus familiares frente a su condición de ser viejos, situaciones que se pueden mejorar a través de la implementación oportuna de estrategias que busquen la educación en el cuidado y autocuidado al adulto mayor, sin dejar el rol de ser cuidador y a la vez fomenten la integración familiar. El 92% de las personas cuentan con relaciones familiares de apoyo, compañía y afecto siendo estas un ente importante y soporte básico dentro de su vida tornándose *primordial fortalecer estos vínculos y evitar que declinen*.
- La soledad prevalece en las personas en estado de viudez (23%) y separadas (48%), siendo más notoria en estas últimas, al existir limitada relación con familiares que ocasiona mayor posibilidad de requerir atención médica, que aquellos que cuentan con un soporte adecuado, unido a esto, estas personas han presentado situaciones como la pérdida de seres queridos las cuales aumenta el riesgo de enfermar. Sin embargo buscan una mayor integración con sus hijos(viudos) u otras personas diferentes a su núcleo familiar(separados evitando con esto el aislamiento y favoreciendo su permanencia dentro de la vida social.
- Un 73% de las personas mayores poseen un ingreso que les da cierto nivel de autonomía económica y les permite acceder a servicios que mejoren su calidad de vida. Además de brindar la posibilidad de poder subsistir aunque para algunos no en las mejores condiciones para su edad.
- El 71 % de las personas encuestadas tienen nivel educativo inferior o igual a la primaria donde su conocimiento acerca del cuidado de la salud se basan en las tradiciones populares, además existe en esta población una estrecha relación del estrato socioeconómico con el nivel educativo, aquellas personas que tienen mayores recursos económicos generalmente alcanzan mayor nivel educativo. Esto encamina al profesional de enfermería a ser un orientador e integrador de estas tradiciones con los conocimientos científicos.

- La mayoría de la población de esta edad (94%) cuenta con tiempo libre que dedica en actividades lúdico recreativas, en el cuidado de otras personas, de su hogar o por el contrario lo toman como un tiempo para dormir, predominando la inactividad física que conduce a la predisposición a problemas de salud como obesidad, alteraciones cardiovasculares y metabólicas principalmente. Siendo pocas (25%) las personas que ingresan a grupos sociales o culturales, y un grupo limitado de los que asisten no se siente a gusto con las actividades prestadas, porque estas no se ajustan a sus necesidades o gustos.
- En cuestión de salud encontramos que la mayoría de las personas son validas y las enfermedades de mayor prevalencia a esta edad son hipertensión, diabetes, osteoporosis, alteraciones gástricas y de los sentidos, un gran número controladas a través del uso de medicamentos y asistencia médica, entre los hábitos de riesgo más comunes que guardan estrecha relación con la presencia de dichas patologías se presenta el fumar(9%), tomar bebidas alcohólicas(11%) y la falta de ejercicio(81%). Se destaca que la presencia de enfermedad se encuentra ligada más al estado de animo que a la propia patología orgánica.
- En cuanto a la cobertura en salud un 90% pertenece a un sistema de salud ya sea contributivo o subsidiado, que brindan una atención enfocada solo a la persona mayor sin tener en cuenta a su núcleo familiar, se caracteriza por crear servicios sin una amplia participación del usuario, deshumanizados y con baja calidad en la atención y es por esto que el 51% de estas personas consideran que los servicios a los que tienen acceso no se ajustan a sus necesidades y se hace evidente la necesidad de instituciones que den soluciones a esta problemática.
- El impacto de las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores encontradas en el presente trabajo, permite la implementación de una estrategia orientada hacia la atención integral, participativa, ética, humanizada y con calidad que busque el desarrollo personal y social de esta población vulnerable, a través del fomento de estilos de vida saludable, implementación de programas que utilicen estrategias de educación, comunicación e información con el propósito de combatir estereotipos, prejuicios y discriminación acerca del envejecimiento al integrar no solo a la persona sino a su núcleo familiar u otros cuidadores.
- Teniendo en cuenta el actual plan de desarrollo del municipio de Tunja y la identificación de las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja, el Centro Día Gerontológico es una adecuada estrategia de intervención para esta población, porque brinda las herramientas acordes para mejorar y mantener las condiciones de vida, bienestar personal e integración familiar y social a través de una asistencia integral y personalizada basada en las necesidades del usuario con una atención con calidad, oportuna, continua científicamente soportadas y sobre todo caracterizadas por la calidez y trato humanizado, digno y respetuoso.

- La integración familiar en las actividades del Centro Día Gerontológico es un componente importante que permite obtener una mayor eficacia en las acciones de cuidado y autocuidado dirigidos a la persona mayor, porque una familia que brinde apoyo en estas actividades en los momentos de cercanía al adulto mayor, fortalecerá las acciones que se inician en la institución y facilitará la adquisición de nuevos comportamientos, todo esto sin dejar de lado la salud mental y física del cuidador.
- Se debe fomentar la participación de los adultos mayores en programas de apoyo social para contribuir en su crecimiento personal, conocimiento, aprendizaje sobre el proceso de envejecimiento y aumentar el interés por otras actividades físicas, metas y culturales.
- La educación es el único bien de servicios que nos puede ayudar a transformar nuestro país, razón por la cual debemos educar permanentemente. No se puede desaprovechar la sabiduría y experiencia que tienen los mayores, sin importar su origen ni grado de educación, su lugar de nacimiento ni su capacidad económica. Por esto debemos estimular la sociedad a valorar la dignidad del adulto mayor y fortalecer entre ellos y jóvenes la convivencia en un clima de confianza para lograr así una mejor calidad de vida.



12. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta se fundamenta en las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja y plantea la organización de un Centro Día, puesto que sin esta información sus servicios no tendrían validez ni fundamento.

Se pretende ubicar esta propuesta en la ciudad de Tunja como una nueva alternativa para la atención al geronte, donde se integren servicios que en la actualidad son prestados por varias instituciones, con profesionales idóneos, abriendo un espacio a la innovación de programas y servicios en favor del autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor.

Se plantea esta institución (el Centro Día Gerontológico) porque se considera como la mejor y más apropiada estrategia de servicios para la atención de la persona mayor, caracterizada por ofrecer al usuario una asistencia gerontológica diurna y abierta (no institucionalizada), permitiendo a los mayores seguir viviendo en su casa, con lo cual se mantienen la relación familiar, fortaleciendo el vínculo afectivo. Además de brindar al cuidador la posibilidad de capacitarse en la asistencia a la persona mayor y como ser un cuidador sano.

•
•
•

La propuesta describe lo que pretende ser la institución; los servicios, el personal, la infraestructura más conveniente para el adecuado funcionamiento del centro y para la atención de las personas mayores Tunjanas.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas de nuestra sociedad actual es elucidado de las personas mayores. Todos en general olvidan a éste grupo generacional, marginándolos o superprotegiéndolos; además desconocen que son personas con criterios propios, ciudadanos, con los mismos derechos y deberes, con los mismos deseos y necesidades físicas, sociales, y afectivas. Se asume que son personas improductivas (productividad como el beneficio económico o rentabilidad) sin valorar su saber hacer, su permanencia en la actividad humana como personas con capacidades, valores, intereses, afectos y derechos.

A tanto se ha llegado, que son las personas mayores las que toman como propia esta actitud y comienzan un proceso social, psicológico y afectivo que los lleva a un aislamiento personal y colectivo y a muchas otras situaciones como soledad, poca actividad física y mental y a un incremento en el riesgo de enfermar.

Es cierto que muchas personas de diferentes campos profesionales identifican esta problemática y han establecido estrategias para modificar esta realidad; son muchas las personas concientes de su papel activo y participativo, independiente de la edad que tengan y de su situación. Tunja no es ajena a esta problemática y sus adultos mayores consideran necesaria la creación de una institución específica para ellos, que les brinde atención y mejore sus condiciones de vida. Por ello en esta propuesta las autoras buscan variar la problemática anteriormente mencionada a través del planteamiento de un Centro Día Gerontológico.

El Centro Día Gerontológico surge como una estrategia para mejorar y mantener un óptimo desenvolvimiento de la persona mayor en su medio donde se prepare para continuar envejeciendo con dignidad, además de cuidar su salud en forma integral, a través del desarrollo de redes asistenciales efectivas, sólidas, con una estructura válida y extrapolable a otras zonas, desempeñando un papel fundamental como recurso sociosanitario capaz de satisfacer algunas necesidades de la persona y de su familia, en concordancia con programas encaminados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, control de posibles complicaciones y fomento de un ambiente propicio para la persona mayor, donde se obtengan resultados significativos para esta población.

Esta estrategia tiene en cuenta las condiciones sociales, económicas, culturales y de salud de las personas mayores de la ciudad de Tunja,

pretendiendo ser una herramienta de mejoramiento, control y a la vez de apoyo para la asistencia de la persona y la familia, con personal idóneo y en continua capacitación, para brindar una atención basada en un trato humanizado, oportuno, continuo con servicios de calidad.

12.1 JUSTIFICACION

Tunja al igual que el resto del país, atraviesa por una transición demográfica que exige un papel productivo del adulto joven como vínculo entre la decreciente población infantil y la creciente población mayor, siendo dador y receptor de valores y creando conciencia de la importancia de la integración de la población mayor en la vida social, económica, política y cultural de las comunidades.

Es por esto, que para dar respuesta al creciente número de personas mayores de sesenta años, y con el compromiso como adultas jóvenes profesionales de Enfermería, se plantea una estrategia dirigida a las personas mayores, que reorienta el sentido hacia la creación y el desarrollo de recursos sociales para esta población.

Dicha estrategia esta constituida por la implementación de un Centro Día Gerontológico basado en las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de las personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja, ya que el impacto de estas condiciones sobre la población mayor exige proveer, fomentar y mantener condiciones de vida que permitan que esta generación sea más saludable y justifica la implementación de mecanismos tendientes a controlar y mejorar estas condiciones para lograr disminuir la perdida de años de vida saludable y alcanzar una mejor calidad de vida.

Dentro de las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud tomadas como base para la implementación del Centro Día Gerontológico se encuentra: la expectativa de vida de persona mayores de la ciudad, la conformación de hogares multigeneracionales donde la incorporación masiva del las personas jóvenes y mujeres al mercado de trabajo dificulta el cumplimiento de los cuidados que requieren los adultos mayores; la autonomía económica del adulto mayor que les permite la posibilidad de acceder a servicios y disminuir los gastos para el grupo familiar; la utilización del tiempo libre de esta población en actividades de poco requerimiento físico, la limitada integración a grupos sociales e insatisfacción con las activides prestadas, el alto porcentaje de adultos mayores con condiciones de salud deterioradas e inadecuados hábitos de vida, el nivel de independecia de estas persona que les permite realizar actividades que contribuyan a su autocuidado y el interés por la implementación de un Centro Día Gerontológico; condiciones importantes que permiten crear un centro con servicios de calidad integral, ampliando las posibilidades de participación y orientado en las necesidades y expectativas del usuario. Es decir creado con las persona y no para las personas, evitando con ello basarlos en estereotipos o en desconocimiento de heterogeneidad.

La población objeto de esta propuesta son la personas mayores de sesenta años de la ciudad de Tunja, que realizan sus actividades básicas cotidianas (ABC) solas o bajo supervisión o asistencia parcial y que requieren de modelos de atención intermedios o ambulatorios

El Centro Día Gerontológico a implementar no solo es una estrategia que beneficia a las personas mayores, sino que también se convierte en un medio de integración familiar y social, abre nuevos espacios de empleo y en el caso de los estudiantes es un nuevo campo de práctica donde podrán desarrollar e intercambiar sus destrezas y habilidades profesionales, además de aprender de la inagotable experiencia de las personas mayores, dejando a un lado la gran cantidad de estereotipos que tiene la comunidad con relación al geronte, creando una nueva visión de estas personas.

Este Centro será una estrategia innovadora para la ciudad de Tunja, porque brinda una nueva alternativa de atención gerontológica no institucionalizada, con vinculación de la familia, la sociedad de todas las edades, única en su género por prestar una atención exclusiva al adulto mayor durante el día, una gran variedad de servicios que equivaldrían a la fusión de todas las instituciones gerontológicas de día de la ciudad y siendo extensiva a toda la población tunjana, no por la afiliación a una institución determinada o por un nivel socioeconómico específico.

Dentro de los servicios que pretende prestar la institución se encuentran: salud, alimentación, recreación, capacitación al usuario y su cuidador, atención espiritual y transporte de la institución a la casa; enfocados de acuerdo con las condiciones sociales, económicas, culturales y de salud de las personas mayores previamente identificadas en el estudio realizado por las autoras de esta propuesta y aceptadas por los posibles beneficiarios del servicio.

Para lograr su implementación la propuesta se articula principalmente al plan de desarrollo del municipio de Tunja que dentro de las estrategias de rescate de la población más vulnerable busca incorporar efectiva y oportunamente a la población mayor mediante acciones de protección y prevención con el propósito de mejorar su calidad de vida.

12.2 OBJETIVOS

12.2.1 General

Ofrecer a las personas mayores de sesenta años asistentes a la institución atención y cuidado integral, mediante un trabajo interdisciplinario, oportuno, continuo y humanizado que busque mejorar y mantener las condiciones de vida, bienestar personal e integración familiar y social.

12.2.2 Específicos

- ☞ Establecer programas de promoción, prevención y actividades de autocuidado, lúdico- recreativas y culturales enfocadas de acuerdo a las condiciones de las personas mayores de la ciudad de Tunja.
- ☞ Establecer un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de la persona mayor.
- ☞ Desarrollar actividades educativas dirigidas al usuario, familia y comunidad que busquen la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación activa de estos grupos.
- ☞ Contribuir en la disminución de los factores de riesgo en las personas mayores a través de sistemas de vigilancia que permitan monitorizar el estado de salud de la persona mayor y fomentar estilos de vida saludable.
- ☞ Mantener el máximo de autonomía, destrezas, habilidades y competencias de las personas asistentes.
- ☞ Fomentar la autocuidado y participación de los familiares o cuidadores directos en la atención de las personas mayores.
- ☞ Apoyar y asesorar a las familias de las personas mayores para que puedan ser competentes en el manejo y atención de estas personas.
- ☞ Favorecer la permanencia en el domicilio y evitar la institucionalización no deseada, fomentando lazos solidarios intrafamiliares y sociales.
- ☞ Integrar grupos de apoyo de la ciudad de Tunja a los programas de la institución.
- ☞ Ampliar a largo plazo la cobertura de atención a las personas mayores.

12. 3 MARCO TEORICO

12.3.1 Salud: capacidad del organismo para mantener un balance apropiado, y las necesidades sociales en las cuales este razonablemente libre de notoria insatisfacción, incomodidad, enfermedad o incapacidad. Siendo la salud el resultante de un gran numero de fuerzas o factores: ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud.

Hace referencia a la generación de motivaciones en busca de acciones individuales y colectivas en provecho de garantizar mejores condiciones de

salud para revertirlas a favor de la satisfacción de necesidades, desarrollo de habilidades y adquisición de hábitos saludables.

Este proceso requiere elementos participativos que conduzcan a concientizar a las personas, familia y comunidad sobre su propia situación, problemas y alternativas de solución frente a las condiciones de salud dentro del entorno en el que se desenvuelven, bajo una óptica integral del ser humano, mente, cuerpo y relaciones con los demás, para lograr una movilización de intereses, ideales y voluntades encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud y vida tanto individuales como colectivas, donde se introduzca como herramienta fundamental una cultura en salud en la cual converjan diferentes sectores en busca de facilitar el desarrollo de ambientes saludables, actitudes favorables, reorientación de los servicios de salud y la participación social.

Dado que, esta es concebida como el conjunto de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos. La comunidad debe tomar iniciativas y crear instrumentos por medio de la conformación de grupos de investigación y creación de estrategia que permitan controlar o eliminar algunos factores de riesgo, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de la población.

12.3.2 Promoción de la salud: consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Carta de Ottawa 1986) para lograr esto se necesita juntar esfuerzos de toda la población, las autoridades sanitarias, servicios de salud y otros sectores como el educativo, industria, etc., todo esto para producir o alcanzar un mayor nivel de salud tanto personal como colectivo.

En este sentido la Carta de Ottawa 1986 propuso cinco estrategias que responden a la conservación de la promoción de la salud y son:

- Elaboración de una política pública sana.
- Creación de ambientes favorables
- Reforzamiento de una acción comunitaria
- Desarrollo de la actitudes personales
- Reorientación de los servicios sanitarios

Es importante mencionar que el enfoque participativo de la promoción de la salud esta basado en la participación comunitaria, el trabajo interdisciplinario e intersectorial así como la integración de componentes del ambiente la salud y el desarrollo⁴⁶.

⁴⁶ PARAMO. Amparo, Vejez, salud y alternativas de autocuidado. El Poirá Editores. Primera edición, Ibagué. 1990.

12.3.3 Participación comunitaria: es una estrategia que involucra a la comunidad y a todos los sectores comprometidos en un trabajo Inter. e intradisciplinario y sectorial que fundamenta la toma de decisiones frente a las situaciones de la vida diaria de manera conciente para incidir efectivamente dentro del ambiente del individuo, en el cual se ejerce un análisis sobre las responsabilidades de todos los miembros de la comunidad en el mejoramiento de condiciones de salud, orientadas hacia la construcción de la sociedad que todos anhelamos.

En este sentido, se considera una necesidad humana puesto que el individuo por naturaleza es un ser social, el cual busca organizarse para así poder contribuir al mejoramiento de su comunidad. Dándose la participación comunitaria en función de intereses cotidianos individuales o colectivos que permiten un proceso de crecimiento y desarrollo por medio de la conformación de grupos para así conocer mejor e identificar la problemática comunitaria y buscar alternativas de solución a las mismas, es un continuo aprender haciendo.

12.3.4 Educación en salud: es entendida como el proceso por el cual la sociedad facilita de manera intencional los medios y espacios necesarios para el crecimiento humano, respondiendo con ello a unas necesidades a través de la socialización de una cultura en salud determinada por un entorno, donde se llevan a cabo intercambios permanentes en un medio eminentemente social, que involucra la transmisión de información generadora de conciencia reflexiva, orientada hacia practicas cada vez más complejas y claramente ligadas a una mayor capacidad efectiva para producir resultados concretos que beneficien a la comunidad⁴⁷.

12.3.5 Cultura de la salud: se relaciona con la construcción de condiciones basadas en el respeto a la vida propia, la de los demás y la de otras especies, buscado como objetivo cultivar la vida humana en sus potencialidades físicas, mentales y sociales, fortaleciendo conocimientos, destrezas e incentivando la capacidad de crear y transformas condiciones de salud individuales y colectivas, para tomar conciencia sobre la propia realidad atribuyéndole un significado e imaginando un futuro proyectado dentro de un contexto cultural generador de cambios⁴⁸.

12.3.6 Comportamientos saludables: la salud, su mantenimiento, deterioro y pérdida están relacionadas con los modos o hábitos de vida social influenciados por los riesgos ambientales, recursos personales, familiares, modos de vida social y desarrollo económico de la comunidad en que se vive.

⁴⁷ UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA. ESCUELA DE ENFERMERIA. Alfonso. Nubia y otros. Proyecto escuela saludable por la paz instituto integrado Silvino Rodríguez sedes San Antonio y Jordán. 2004.

⁴⁸ Ibid

A través de los tiempos los pueblos han desarrollado comportamientos para lograr su bienestar demostrando efectos a corto y largo plazo en la salud de las personas y comunidades. Dichos comportamientos se ven influenciados por aspectos multifactoriales y son adquiridos a través de diferentes agentes como la familia, escuela, trabajo, la comunidad, los medios de comunicación, los procesos educativos o de situaciones programadas.

Dentro de los comportamientos beneficiosos para la salud encontramos⁴⁹:

- ✓ Actividad Física Regular: este mejora el estilo general de vida.
- ✓ Prácticas nutricionales adecuadas: minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición.
- ✓ Prácticas adecuadas de higiene: demuestran un mejor bienestar salud física y psíquica.
- ✓ Manejo de el estrés: es un problema complejo que requiere de recursos de apoyo como los soportes psicosociales, culturales, religiosos, educativos, económicos, ambientales y asistenciales para hacer a la persona menos vulnerable.
- ✓ Habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales: brindan un bienestar personal y nacen en el seno familiar.
- ✓ Habilidades para la auto observación de la salud: permite identificar oportunamente factores de riesgo.
- ✓ Habilidades para controlar y reducir el consumo de drogas
- ✓ Cumplimiento y seguimiento de las prescripciones de salud: permite una pronta resolución de procesos de enfermedad, optimiza la atención en salud y mayor participación en actividades educativas en salud.
- ✓ Prácticas de comportamientos de seguridad.
- ✓ Recreación integral de la familia.
- ✓ Dialogo familiar.

12.3.7 Musicoterapia: según la federación mundial de música; la musicoterapia se define como la utilización de la música y /o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta calificado, con una persona o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y

⁴⁹ Ibid

cognitivas. La musicoterapia busca descubrir potenciales y /o restituir funciones del individuo para que él / ella alcancen una mejor organización intra y /o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida⁵⁰.

Las musicoterapia tiene diversos efectos en diferentes niveles entre los se pueden mencionar:

- ‡ *Geriátrica*: promueve la sociabilidad, el mantenimiento de la memoria, la actividad física y la orientación en la realidad a las personas mayores.
- ‡ *Fisiología*: produce cambios en el ritmo cardiaco y respiratorio, así como en la tensión muscular.
- ‡ *Comunicación*: estimula la expresión de los problemas y inquietudes.
- ‡ *Afectividad*: favorece el desarrollo emocional y afectivo.
- ‡ *Sensibilidad*: agudiza la percepción auditiva y táctil.
- ‡ *Movimiento*: estimula la actividad y mejora la coordinación.
- ‡ *Sociabilidad*: fomenta la interrelación social.
- ‡ *Educativas*: ayuda a la formación, desarrollo personal y superación de discapacidades de aprendizaje.
- ‡ *Psicoterapéutica*: ayuda a resolver problemas psicológicos y a cambiar conductas establecidas.
- ‡ *Médica*: apoyo psicológico y físico (puede reducir el dolor) a pacientes que se enfrenten a situaciones difíciles como la cirugía, enfermedades terminales, cuidados intensivos.
- ‡ *Psiquiátrica*: mejora la autoestima y la capacidad de comunicación de los enfermos.
- ‡ *Rehabilitación social*: ayuda en los procesos de desintoxicación de drogodependientes.

⁵⁰ www.revistaconsumer.es/musicoterapia

12.3.8 Biodanza: según Rolando Toro la biodanza es "Un sistema de integración afectiva, renovación orgánica y reaprendizaje de las funciones originales de la vida" es también considerada un sistema de crecimiento personal, con bases en la Biología, que tiene como objetivo principal la integración del ser humano con relación a sí mismo, a sus semejantes y a su entorno.

La Biodanza se sirve de una secuencia de ejercicios integradores, inducidos y estimulados por la música, el canto orgánico y la danza, tanto individual como grupal para rescatar y reforzar las cinco líneas básicas de expresión del potencial humano: Vitalidad, Sexualidad, Creatividad, Afectividad y Trascendencia⁵¹.

12.3.9 La familia y el cuidado de la persona mayor: Podemos afirmar que una familia es un grupo de dos o más personas unidas por lazos diferentes, lazos de sangre o adopción, que constituyen un sólo hogar, que interactúan entre sí, crean y mantienen una cultura común.

Actualmente la familia es una de las instituciones que más cambios ha sufrido en los últimos años a diferentes niveles: en la imagen, en los aspectos legales, en las relaciones de pareja, en las relaciones padres e hijos y entre otras generaciones, en la dinámica familiar y en los diferentes papeles que asumen cada individuo.

En otro tiempo, la familia (padres, abuelos e hijos) vivían bajo el mismo techo, y este motivo proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, en el que destacaban los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros, y el respeto y la defensa de la persona mayor. En este modelo el varón tenía el rol de sustentador de la familia y la mujer era la encargada del hogar, de la crianza de los hijos y del cuidado de los mayores⁵².

Ciertamente este modelo tradicional está cambiando; la persona mayor no suele convivir bajo el mismo techo que sus hijos y nietos, porque actualmente existen diferentes motivos que separan a las diferentes generaciones familiares como:

- El sentido de cohesión familiar y solidaridad se está transformando y está dando paso a la ruptura e independencia familiar.
- Los cambios en la dinámica familiar, en los roles de los miembros y en las relaciones entre familiares.
- Los problemas de espacio en las viviendas, sobre todo en las grandes ciudades.

⁵¹ CANEATO. Mary. en que nos ayuda la biodanza. Colombia.1994.

⁵² www.familiadelanciano.com

Cada vez más, el ambiente familiar cercano está desapareciendo y aumentan las distancias entre sus miembros. Dentro de la propia red familiar, existen unas relaciones que son recíprocas; la familia ayuda a la persona mayor y esta ayuda a la familia. Cuando no existe esta reciprocidad, algunas familias se plantean dejar de responsabilizarse del cuidado de la persona mayor y optan porque éste sea asumido por una institución.

A menudo los factores claves más influyentes en esas relaciones recíprocas son la capacidad física y económica de la persona mayor. A medida que el estado de salud, las actividades de la vida diaria y las capacidades funcionales de la persona empeoran, le resultará más difícil mantener esa reciprocidad con la familia.

Las relaciones entre la persona mayor, sus hijos y nietos pasan por dos etapas fundamentalmente. La primera etapa es cuando la persona mayor es independiente y no tiene problemas de salud, se dedica a ayudar a los hijos, realiza pequeñas tareas domésticas, ejerce la función de recadero y se dedica al cuidado de los nietos. La segunda etapa se inicia cuando aparecen los primeros problemas de salud, se invierten las relaciones familiares. La persona mayor deja de tener el mismo peso dentro de la familia y en ésta se puede generar un sentimiento de rechazo y abandono.

El estereotipo de la persona mayor que tienen las familias que no los cuidan, es el de una persona inválida y que no sirve para nada. En este sentido, la labor de la enfermería está en identificar los factores de riesgo en familias para evitar la institucionalización de la persona mayor e intervenir sobre los cuidadores familiares primarios para que reciban el sostén que necesitan para cuidar a sus familiar.

Los factores que aumentan el riesgo de problemas en la vida diaria a los cuidadores primarios por la prestación de cuidados a las persona mayores dependientes, no necesariamente se dan en todos los cuidadores , son :

- Ingresos inadecuados: la falta de recursos económicos puede afectar seriamente al cuidado de la persona mayor, es un área de alta prioridad para la valoración de enfermería .
- Falta de recursos de la comunidad: la falta de recursos comunitarios aumentan las cargas sobre los cuidadores familiares, ya que tienen que cuidar con mínimo apoyo .
- Barrera ambientales: las barreras crean riesgos para el manejo de la vida diaria cuando existen incapacidades .
- Falta de salud del cuidador: principalmente ocurre cuando el cuidador es también anciano o el cuidador está enfermo .
- Relaciones previas con la familia: cuando han sido satisfactorias, es menos probable que exista falta de inclinación a proporcionar cuidados.

- Tiempo durante el cual han de prestarse los cuidados: Cuando la persona mayor requiere mucha atención o lleva prestándose durante mucho tiempo, puede llegar a aparecer síntomas de agotamiento físico y psíquico .

Los momentos de mayor riesgo tienden a exacerbarse en determinados momentos del día, semana o año. Las noches suelen ser las más problemáticas, puesto que la persona mayor confunde las horas del día, se levanta y está despierta, esto crea una deprivación del sueño en el cuidador y afecta al cuidado. En vacaciones cuando la familia tiene la necesidad de salir, aparece el problema de buscar un cuidador sustituto.

Los signos y síntomas precoces de dificultades familiares en el cuidador, son :

- Quejas múltiples: el cuidador emite diferentes frases quejándose sobre la situación.
- Ansiedad: las frases de queja pueden ir acompañados por signos de ansiedad como: ritmo agitado, voz estridente, escaso contacto, temblor de manos, duración de la atención escasa e incapacidad para centrarse ante cualquier problema.
- Despersonalización progresiva: se observan síntomas en los miembros de la familia de distanciamiento de la persona mayor, éstos son: hablar delante del persona mayor como si no estuviese, incapacidad para actuar con modestia, realizar funciones de cuidado de manera impersonal.
- Fatiga: los signos de fatiga consisten en irritabilidad, postura encorvada, ojeras y suspiros frecuentes .

Los signos y síntomas precoces de dificultades familiares en el cuidado se la persona mayor:

- Ansiedad
- estrés
- fatiga.

Los signos y síntomas tardíos de dificultades familiares en el cuidador son:

- Depresión: suele notarse por síntomas como insomnio, cambios de peso, tristeza, incapacidad para concentrarse, pérdida de interés por muchas cosas.

- Hostilidad franca: se nota en la conducta verbal y malos tratos hacia la persona mayor.
- Evitación o distanciamiento: cuando la persona mayor es institucionalizado, se evita el número de visitas o llamadas.
- Apropiación indebida de los recursos económicos: la familia se apropia de cuentas bancarias y objetos personales de la persona mayor.

Los signos y síntomas tardíos de dificultades familiares en la persona mayor, son:

- Miedo: a solicitar los cuidados al cuidador. Los signos que nos indican miedo son: la persona mayor rehuye el contacto físico con el cuidador, cese brusco cuando llegue el cuidador, una expresión facial de alarma cuando se acerca el cuidador, miradas furtivas, pasividad inusual.
- Abandono personal: los signos de abandono o malos tratos como olor corporal, vestidos sucios, uñas largas, hematomas.
- Depresión: la persona puede manifestar síntomas como insomnio, cambios de peso, tristeza, incapacidad para concentrarse, pérdida de interés por muchas cosas.
- Retirada: la infelicidad e importancia de la persona anciana en sus relaciones con los cuidadores puede observarse por una retirada. La persona anciana adopta una posición fetal con mucha frecuencia, no inicia de forma espontánea la conversación, responde a las preguntas con monosílabos, se sienta y tiene poco contacto visual.
- Cambios cognoscitivos: se observa regresión en la memoria a corto plazo, capacidad para pensar , tomar decisiones , e incluso es incapaz para recordar información personal básica: edad, fecha de nacimiento.
- Hostilidad franca: en la conducta verbal a cerca de miembros familiares .

Enfermería debe valorar todos estos signos y síntomas para poner en seguida medidas para controlarlas o eliminarlas. Para ello, la enfermera o el enfermero debe realizar una valoración de la situación familiar sobre los patrones de vida diaria. Alertando a todos los cuidadores y persona anciana de los riesgos inherentes a la situación y prevenir la disfunción familiar .

12.4 CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DIA GERONTOLOGICO

12.4.1 Tipo De Institución: Esta institución será según su infraestructura de tipo B (ver numeral 7.12.4) y según el nivel de independencia de los beneficiarios ofrecerá servicios para personas mayores de sesenta años con características semi-asistidas.

12.4.2 Funcionamiento Del Centro Día: el centro día funcionara de ocho de la mañana a seis de la tarde con posibilidad de ampliación de la jornada dependiendo de la implementación de los talleres profesionales de lunes a sábado. La planeación de las actividades acapara toda la jornada de apertura, evitándose en todo momento los espacios muertos, se da la posibilidad de una asistencia flexible en el caso de una persona que no desee asistir de tiempo completo o durante toda la semana.

Los usuarios serán participantes activos en el funcionamiento del centro, cooperando en su organización, conservación, limpieza y orden. Al ingreso del usuario se determinara el tipo de actividades que debe realizar incluyendo el grupo con objetivos homogéneos, la participación en cada una de estas será según libre escogencia, donde las personas mayores no sean sólo receptores pasivos de actividades, si no que se incorporen y colaboren activamente en la ejecución las mismas, pero se tratará que las personas se integren a la mayoría de los programas.

El cuidador se involucrará en las actividades de la institución a través de una orientación dirigida hacia adquirir las habilidades para el ejercicio del propio cuidado y el de la persona mayor.

- La programación se organiza de acuerdo al número de asistentes, horarios y actividades solicitadas. Cada actividad programada se ofrece en diferentes horarios en el transcurso de la semana para facilitar que todas las personas se beneficien de esta, los horario de atención son previamente publicados y comunicados a la totalidad de los usuarios, dando la opción de ser modificados al iniciar programación anual.
-

12.4.3 Requisitos Para La Acceder a Los Servicios

- ☞ Tener sesenta años o más.
- ☞ Ser una persona con una capacidad funcional autónoma o ligeramente deteriorada y poder realizar sus actividades básica diarias (ABC) sin ayuda o bajo supervisión parcial, quedando excluidas las personas que requieran asistencia muy especializada y elevados niveles de cuidado.

- ☞ Contar con los servicios de una empresa promotora de servicios de salud como complemento de la atención en la institución, en el caso de no pertenecer a ninguna de ellas deberá estar en proceso de vinculación.
- ☞ Cancelar la cuota mensual por el uso de los servicios, que va de acuerdo a su nivel económico.
- ☞ Abrir hoja de vida, ficha integral e historia clínica de atención (valoración interdisciplinaria).
- ☞ Contar con apoyos cercanos que garanticen la atención adecuada cuando no se esta en el Centro Día.

12.4.4 Áreas De Asistencia Del Centro Día

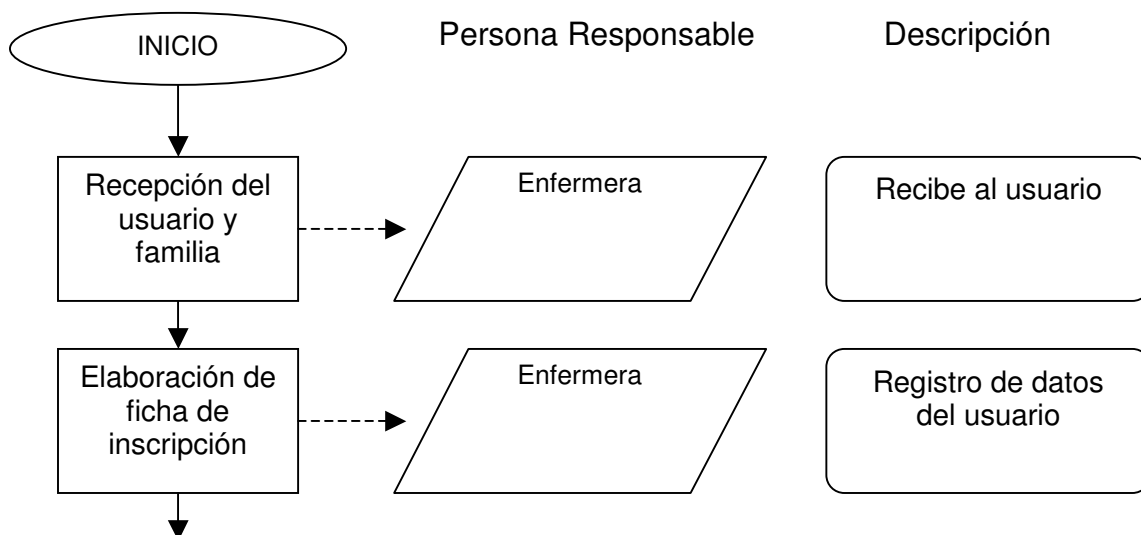
Área de asistencia de Enfermería: en esta area hay un departamento de enfermería cuya coordinación esta a cargo del profesional de enfermería, el cual tiene varias funciones que se pueden clasificar en actividades de atención al usuario y de gestión.

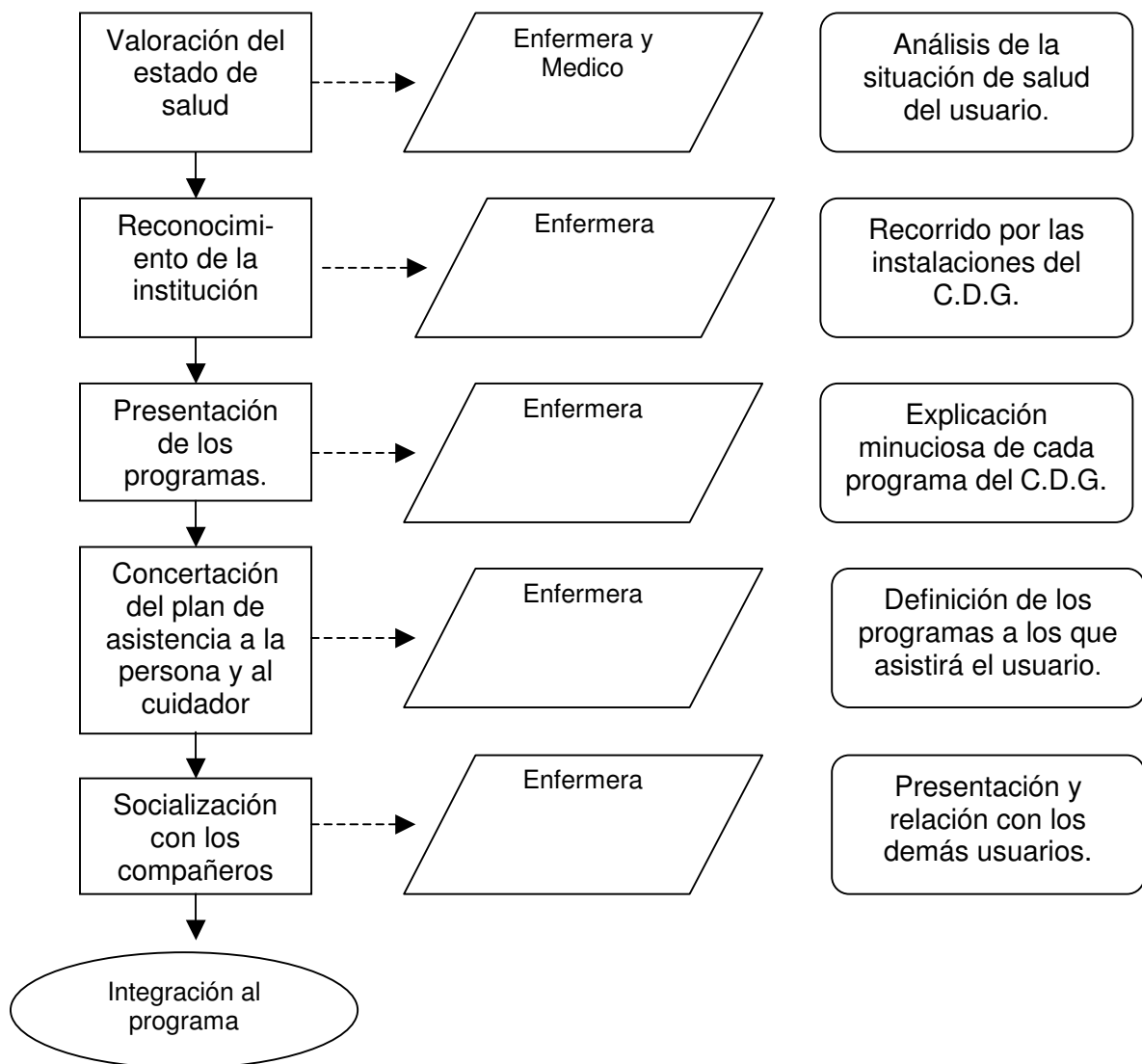
Dentro de las *actividades de atención a la persona mayor:*

- ☺ Desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre aspectos básicos de salud.
- ☺ Brindar pautas para el fomento de hábitos saludables
- ☺ Participar en la programación, ejecución, y evaluación de actividades dirigidas al usuario.
- ☺ Realizar la valoración del estado de salud de los usuarios, con el fin de plantear las actividades de enfermería, de acuerdo con la situación clínica e individual de los mismos.
- ☺ Coordinar con el equipo de salud y la familia las acciones de cuidado integral a la persona mayor.
- ☺ Diligenciar y actualizar la ficha de inscripción del los usuarios.
- ☺ Orientar al usuario y su familia sobre actividades específicas, encaminadas al fortalecimiento del autocuidado y a su participación en el cuidado de su salud.
- ☺ Colaborar en el desarrollo de las visitas domiciliarias a los familiares para el control de factores de riesgo y fortalecimiento de factores protectores.

- ☺ Realizar consulta de enfermería a todas las personas mayores que reciben atención por parte de la institución.
- ☺ Asegurar a los usuarios y su familia que los servicios sean apropiados y de alta calidad.
- ☺ Proporcionar a toda persona que asista a los programas un ambiente agradable, de responsabilidad y servicio profesional.
- ☺ Brindar cuidado de enfermería integral, seguro, oportuno, humanizado y equitativo a la persona, familia y comunidad; respetando su cultura, religión, raza, costumbres, creencias y valores.
- ☺ Dar información adecuada, suficiente y oportuna a la persona, familia, y comunidad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidad de comprensión.
- ☺ Desarrollar las actividades correspondientes al departamento de enfermería mediante la asignación de actividades y responsabilidades a fin de ofrecer una mejor atención de la persona mayor, familia y comunidad.
- ☺ Motivar las actividades en equipo.
- ☺ Actuar en concordancia con los principios éticos y valores que fundamentan la profesión, y los derechos de las personas que reciben los servicios.
- ☺ Respetar y hacer respetar los derechos de la persona mayor.
- ☺ Realizar el proceso de ingreso del usuario al Centro, el cual se describe a continuación.

PROCESO DE INGRESO DEL USUARIO AL CENTRO





Dentro de las *actividades de gestión del profesional de Enfermería* se encuentran:

- ☺ Velar por el cumplimiento de las normas referentes a la organización y funcionamiento del personal de enfermería del centro.
- ☺ Participar en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad.
- ☺ Coordinar, programar, supervisar y controlar los programas de salud que se lleven a cabo en la institución.
- ☺ Participar en la elaboración y actualización del Manual de Normas Y procedimientos de enfermería.
- ☺ Elaborar el horario de turnos y distribución del personal en la institución.

- ☺ Seleccionar el personal de enfermería de acuerdo con el perfil que la institución requiere.
- ☺ Supervisar y evaluar las actividades realizadas por el personal a su cargo.
- ☺ Participar en la programación, ejecución y evaluación de actividades de entrenamiento y actualización del personal de enfermería del centro.
- ☺ Promover y participar en estudios de investigación de la institución.
- ☺ Elaborar y dar a conocer diariamente el plan de cuidados de enfermería para la atención del adulto mayor.
- ☺ Colaborar con la elaboración de los informes estadísticos correspondiente.
- ☺ Informar oportunamente al jefe inmediato las situaciones de emergencia y riesgo que se presenten en el área.
- ☺ Dirigir y controlar el funcionamiento del equipo de enfermería, mediante la coordinación de sus actividades asistenciales.
- ☺ Mantener mecanismos de coordinación entre el área a su cargo y las demás área a nivel dentro y fuera del centro.
- ☺ Aplicar el proceso administrativo en los programas específicos del área de enfermería.
- ☺ Controlar el estado de y funcionamiento de equipos, elementos y instrumentos del área bajo su cargo.
- ☺ Velar por la buena imagen de la institución.

El personal auxiliar de enfermería desarrolla el control diario a las personas mayores donde encontramos la toma de signos vitales y otras especificidades según las actividades programadas, colaboración para el desarrollo de algunos programas asistenciales, asistencia diaria a las personas que lo requieran alguna ayuda en la realización de sus actividades básicas cotidianas.

Área de asistencia médica: se encuentra a cargo de un medico que debe tener conocimientos en geriatría, encargado de la valoración inicial de la persona que ingresa a la institución y de brindar a la persona servicios de control medico, remisión a especialistas de su respectiva IPS según su situación de salud, participar en la elaboración e implementación del plan de emergencias para ser aplicado en la institución.

Area de psicología: esta a cargo de un psicólogo, quien presta asistencia psicológica a todas las personas o grupos que lo requieran y desarrollara

programas de acuerdo a las prioridades.

Área de especialidades: dentro de estas se encuentra el área, terapia física, terapia ocupacional, gerontología, trabajo social y nutrición y dietética, que son desempeñadas por especialistas en los temas correspondientes y colaboran en el desarrollo de los diferentes programas de la institución.

-
-
- **Área de recreación y deporte:** para el desempeño de esta área se requiere de un profesional de educación física con conocimiento en el manejo de personas mayores.
-
-
- **Área administrativa:** dentro de esta se encuentra la dirección de la institución donde se maneja los recursos humanos y financieros, sistemas de información y atención al cliente.

Área de servicios generales: dentro de esta se encuentra el personal encargado de mantenimiento, aseo, celaduría y cocina.

•

12.4.5 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

☉ **Visión:** EL CENTRO DIA GERONTOLOGICO, será la institución de atención y cuidado integral al adulto mayor más importante del municipio de Tunja, con clientes más satisfechos y un equipo interdisciplinario idóneo y en constante capacitación. Seremos líderes en la prestación de servicios integrales de salud, al ampliar nuestro portafolio con servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, generando rentabilidad tanto económica como social.

☉ **Misión:** EL CENTRO DIA GERONTOLOGICO, presta servicios de educación y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia de factores de riesgo, atención integral a sus usuarios, científicamente soportados y sobre todo caracterizados por la calidez, oportunidad y trato humano, digno y respetuoso para lo cual contamos con talento humano idóneo con gran experiencia, comprometido con su que hacer diario y una infraestructura acorde con el recurso técnico, científico para garantizar la total prestación en la atención en salud.

☉ **Políticas:**

- Imprimir en toda nuestra gestión calidad total.

•

•

•

- Desarrollar el proceso científicamente soportados y de alta calidad en aras de hacer de esta institución, el centro de atención al adulto mayor más importante del municipio.
- Promover y fortalecer el proceso de contratación.
- Priorizar la promoción de los servicios de salud, autocuidado y prevención de la enfermedad.
- Fortalecer los servicios asistenciales, en infraestructura, recursos humano y técnico científico, para garantizar la atención completa y oportuna al usuario.
- Garantizar una atención integral que involucre a la persona mayor, núcleo familiar o cuidador y comunidad en general, en un ambiente cálido y propio para mantener y mejorar su salud.
- Implementar sistemas de medición mediante indicadores de eficacia, calidad, rendimiento, rentabilidad y gestión para permitir una toma de decisiones oportuna y efectiva.
- Propender por un clima organizacional óptimo.

☪ Estrategias:

- ‡ Se utilizará la participación activa del usuario en todos los programas planeados, a través de actividades culturales, sociales, deportivas, lúdico-recreativas y de salud,
- ‡ Implementar programas de prevención y promoción
 -
- ‡ El departamento de enfermería prestará cuidado de óptima calidad, basado en las necesidades del usuario, científicamente soportado y sobre todo caracterizado por la calidez y trato humano, digno y respetuoso.
 -
- ‡ Ejecutar un proceso continuado de sensibilización de talento humano sobre calidad total.
 -
- ‡ Estructurar, estandarizar procesos y procedimientos mediante guías de manejo.
 -
- ‡ Realizar estudios de mercadeo.
- ‡ Buscar apoyo financiero que para ejecutar proyectos que permitan a la institución ser aun más funcional en la prestación de servicios.
- ‡ Medir la satisfacción del usuario a través de indicadores establecidos.
 -
 -
 -

- ‡ Establecer el Sistema de Garantía de Calidad Institucional, de acuerdo a los recursos existentes en la institución.
- ‡ Presentar planes complementarios de salud, a usuarios con capacidad de pago.
- ‡ Utilizar incentivos, actualización y capacitación permanente para garantizar un clima organizacional óptimo.

☉ Servicios

Dentro de los servicios que prestara la institución se encuentran: Salud, recreación y deporte, capacitación, alimentación, transporte y atención espiritual.

Salud: en esta se consideran los servicios de las cuatro áreas de asistencia que son: medica, enfermería, psicológica y el area de especialidades, que prestan los siguientes servicios.

Valoración por medicina general a los usuarios que ingresan a la institución para la detección de alteraciones relacionadas con patologías crónicas y degenerativas, control mensual, valoración integral geriátrica por enfermería, control y administración de medicación, toma de signos vitales diaria, primeros auxilios, cuidados generales de enfermería y apoyo a la persona en actividades que lo requieran, fomento de actividades de autocuidado y estilos vida saludable e integración de la familia o cuidadores en actividades de orientación acerca de cómo cuidar su salud y de la persona mayor .

El psicólogo de la institución presta los servicios de asistencia psicológica a nivel individual, grupal y familiar con una previa identificación de las condiciones de salud mental y la problemática específica para así desarrollar programas específicos de acuerdo a las prioridades encontradas.

Los servicios de asistencia social están dirigidos a la familia sirviendo de apoyo y asesoramiento para que puedan cuidarlos adecuadamente en su domicilio y a la comunidad en contacto con las personas mayores, como los estudiantes y otros grupos sociales que dirigen actividades de esta institución y están supervisados por la trabajadora social.

Se brinda asistencia de terapia ocupacional para reconoce los riesgos y disfuncionalidades ocupacionales, los caracteriza, analiza y las controla a través de programas al adulto mayor. Los servicios de fisioterapia consisten en valorar las capacidades en la realización de ejercicios y actividades de la persona mayor, para así determinar el nivel de desempeño físico en las actividades que plantea la institución, a la vez que evitar riesgos y alteraciones en la salud y actividades educativas.

Recreación y deporte: aquí se brindan actividades a la persona mayor como: gimnasia de mantenimiento y psicofísicas, tejo, fútbol, campamentos, caminatas, paseos, danzas, proyección de películas, teatro, juegos de mesa, trabajos manuales, tertulias, musicoterapia, biodanza, música, viejo tecas, reuniones lúdicas y celebraciones de eventos especiales. La participación en estas actividades es según la funcionalidad física del usuario.

Capacitación: dentro de esta se encuentra la educación hacia el autocuidado promoción de la salud, prevención de la enfermedad y utilización del tiempo libre dirigida a las personas mayores.

Se prestan servicios de capacitación a los familiares, y personas internas y externas a la institución sobre promoción y prevención, trato de la persona mayor y envejecimiento saludable para los miembros de la familia.

Alimentación: en esta institución se dispondrá de servicio de alimentación a la persona mayor el cual consta de un plato principal (almuerzo) además de dos entremeses, el menú del día estará supervisado por una nutricionista quien según los requerimientos de cada persona lo determinará.

Transporte: se prestara este servicio de la casa a la institución y viceversa de acuerdo a lo estipulado con la persona siendo de carácter opcional, la persona deberá cancelar independientemente de los costos mensuales de los servicios que brinda la institución.

Atención Espiritual: según las inclinaciones religiosas de la persona se ofrecerán servicios de apoyo espiritual a través talleres desarrollados por conocedores del tema.

Todos estos servicios se orientan principalmente a lograr una estimulación cognitiva una conservación de la capacidad funcional, un mantenimiento y recuperación de actividades instrumentales de la vida diaria, un mejoramiento de las actividades y creatividad, de el estado físico individual y atención a algunos problemas de salud.

12.5 RECURSOS

Los recursos planteados a continuación están determinados para la atención diaria de cien personas mayores de sesenta años.

12.5.1 Talento Humano

- *Personal de tiempo completo:*

-

Gerente quien coordina la gestión integral del centro, el equipo de trabajo, las relaciones con otras instituciones y la administración de la institución y programas a su cargo.

Una Secretaria general

Un Contador publico

Tres Enfermeras con experiencia en la atención a las personas mayores.

Seis Auxiliares de Enfermería.

Una Trabajadora Social

Dos Celadores

Dos Personas de servicios generales

Personal de tiempo parcial:

Un Gerontólogo.

Un Terapeuta ocupacional.

Un Medico: especialista en medicina interna o gerontología.

Un Psicólogo con experiencia en la atención de la persona mayor.

Una Nutricionista.

Una Fisioterapeuta.

Un Licenciado en Educación Física con experiencia en el adulto mayor.

Un Recreacionista.

Un Conductor

Un experto en ayuda espiritual

Un Profesores de danzas, musicoterapia, biodanza, artes ,música, teatro.

12.5.2 Recursos Físicos

El Centro Día Gerontológico debe tener como mínimo de una planta física que permita en desplazamiento fácil y seguro de las personas, estar localizada en un sitio de fácil acceso peatonal y vehicular, preferible de una sola planta máximo dos plantas en cuyo caso se utilizara rampas y escaleras con

-

-

-

pasamanos en material antideslizante, las áreas de acceso, circulación y salida deben ser amplias, estar identificadas estableciendo las zonas restringidas, el área administrativa, de salud, de servicios generales y de actividades socioculturales.

Los pisos y tapetes deben ser en material antideslizantes. Conviene que su iluminación sea preferiblemente con luz natural, utilizar luz difusa y brillante pero que no deslumbre, utilizar reflectores de luz indirecta.

Requiere contar con equipo de prevención y control de incendios y otros accidentes y tener un sistema de llamado o timbre en lugares estratégicos,

La infraestructura básica para la atención de los usuarios constará de:

- Una sala de fisioterapia.
- Una sala de terapia ocupacional.
- Una sala múltiple para el desarrollo de talleres.
- Una sala de lectura, de televisión y salón de juegos.
- Una sala de primeros auxilios
- Una recepción y administración.
- Un despacho de atención o consulta médica sanitaria.
- Un despacho de dirección y trabajo social.
- Un despacho de consulta psicológica y ocupacional.
- Un comedor y cafetería.
- Cinco baños geriátricos.
- Una sala de estar.
- Una cocina.
- Un pequeño almacén.
- Un cuarto para el personal con baño privado.
- Zona de jardín
 - Zona al aire libre para recreación y el deporte
 -

La propuesta para la implementación de esta institución, necesitará aproximadamente de un lote de 1200 a 1500 m² de una sola planta, libre de andenes, retrocesos y parqueos.

La distribución del área por espacios sería de la siguiente manera aproximadamente:

- Área administrativa: 50 m².
- Área de primeros auxilios: 25 m².
- Sala de fisioterapia: 100 m².
- Sala de terapia ocupacional : 70 m².
- Sala de talleres: 100 m².
- Almacén y cocina: 40 m².
- Sala de lecturas televisión y juegos: 100 m².
- Baños especiales: 50 m².
- Zona de jardín: 100 m².

Zona al aire libre:50 m².

12.5.3 Recursos Materiales

Materiales necesarios para la dotación de oficinas, consultorios, servicios generales y realización de actividades dentro de los que encontramos:

-Materiales para dotación de oficina:

Computador, tinta.

Esferos, marcadores.

- Escritorios.
- Teléfono
- Archivadores
- Carpetas
- Cinta.
- Grapadora
- Papelería para institución
- Material para carnetización de los usuarios y de trabajadores.
-
- -Materiales de consultorios:
- Material de curaciones (gasas, algodón, esparadrapo, isodine solución y espuma, solución salina, tijeras, bandeja)
- Guantes estériles y limpios.
- Alcohol
- Material para citología (kit para la toma de citología)
- Tensiometros
- Estetoscopios
- Cinta métrica
- Camillas
- Sabanas
- Linterna
- Martillo percutor
- Medidor de glicemia capilar
-
- -Materiales para las actividades ludico-recreativas:
- Mesas, sillas y sofás.
- Televisor
- VHS
- Películas
- Cds, Diskets
- Grabadora.
- Pintura (corporal, vinilos).
- Pegamento,
- Tijeras
- Equipo de sonido.
- Bolones

- Cuerdas
 -
 - -Material de cocina y comedor.
 - Cestas para la basura
 - Estufa
 - Utensilios de cocina
 - Mesas y sillas de comedor
 - manteles
 -
 - -Material de aseo.
 - Jabón
 - Escoba
 - traperero
 - baldes
 - cestas y balsas para la basura
- soluciones desinfectantes
guantes

12.5.4 Recursos Financieros:

La propuesta del Centro Día Gerontológico para su futuro diseño necesita de unas condiciones monetarias, determinadas por el costo de:

- Búsqueda y compra de un lote de aproximadamente 1200 a 1500 m².
- Diseño de planos arquitectónicos, estructurales, sanitarios, eléctricos y de estudio de suelos.
- Aprobación de dichos planos ante la curaduría.
- Aprobación de planos ante la empresa de suministros de agua.
- Aprobación de planos ante la empresa de energía.
- Costos materiales de construcción
- Costos de mano de obra de la construcción
- Implementos y materiales de dotación de la institución

En general el costo aproximado de la propuesta oscila entre 1000 y 1300 millones de pesos, si se opta por la compra del lote y construcción de la institución. En el caso de compra una planta física construida donde solo se

requieran modificaciones, el costo podría disminuir de acuerdo a las reformas necesarias en su adecuación.

12. 6 EVALUACIÓN

Se implementa sistemas de medición a través de indicadores de cumplimiento, eficacia, calidad, rendimiento y rentabilidad para permitir la toma de decisiones oportuna y efectiva.

Además se mide la satisfacción del usuario con respecto a los servicios y atención por parte del personal, para desarrollar medidas que permitan alcanzar niveles de mayor productividad a través de una inmediata retroalimentación de los resultados encontrados.

Esta evaluación se aplicara a nivel de los recursos humano, técnico y material con que cuenta la institución.

12.7 ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL CENTRO

- ☉ Gestionar la acogida de la propuesta a nivel publico o privado, a través de la presentación de esta a los entes interesados.
- ☉ Establecer un proceso para la contratación y venta de servicios de la institución.
- ☉ Gestionar la infraestructura y otros recursos necesarios para desarrollo del centro.
- ☉ Establecer estrategias de captación de los posibles usuarios, partiendo de la población encuestada que desea asistir a la institución.

RECOMENDACIONES

- Gestionar la Implementación de la estrategia CENTRO DIA GERONTOLOGICO, con el fin de generar extensión a la comunidad y aportar a una mejor calidad de vida de estas personas que se encuentran en crecimiento poblacional acelerado.
- En la ciudad de Tunja se dislumbra la necesidad de una institución día para el adulto mayor, y en concordancia con el plan de desarrollo del municipio sería conveniente la implementación de un Centro Día Gerontológico.

BILIOGRAFÍA.

- ALFONSO. Nubia y otros. Proyecto escuela saludable por la paz instituto integrado Silvino Rodríguez sedes San Antonio y Jordán. 2004.
- ANGEL BARAJAS. Isabel. El anciano v la atención de enfermería. Tunja,1996.
- BARCO SERRANO. Judith. Proyecto para la creación de servicios gerontológico integrales autogestionados participativa y socialmente. DESEA. 2004.
- BUENDÍA, José. Gerontologia y salud. Editorial biblioteca Nueva. Madrid, España.1994.
- CARRENITO. Diagnósticos de enfermería. Aplicación a la practica clínica. Nueva York. Quinta edición.
- COLLAZOS, Germán. Pasado, presente y futuro de la tercera edad en Colombia. Colombia.2002
- FRANCES ROMAN, Ines. Programas de asistencia en un centro día psicogeriátrico. Revista de especialidades de geriatría y gerontologia .1996, 31 (NM1):17-22.
- GRANADOS, Leonor y otras. Propuesta de una estructura administrativa para la implementación de un Centro Día Gerontológico en la empresa social del estado CRIB. 2000.
- HAISON Omar Carrillo y otro, Estilos de vida saludables de las Enfermeras Docentes de la Escuela de Enfermería de la UPTC. Pag. 15.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN, Normas Colombianas para la preparación de trabajos escritos y tesis de grado. Bogota: ICONTEC,2003.
- LUNA, Leonor y otras. El anciano de hoy. Nuestra prioridad, el cuidado de Enfermería. Primera Edición. Universidad Nacional. Santafé de Bogotá, D.C., Colombia. 1996.
- Manual para una vida sana. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá.1997.
- MADRID, Mario. La nueva constitución y la vejes. Multiletras Editores Ltda..Santafé de Bogotá, D,C, Colombia. 1996.
- MARTINEZ, Robert. Educación para una vejez sana. México. 1995. p. 48

- MENDEZ, Carlos. Metodología. McGRAW-HILL INTERAMERICANA, S.A. Colombia. 1995.
- MINISTERIO DE SALUD. Derechos del anciano. Resolución 7020 septiembre 1 de 1992.Colombia.
- MINISTERIO DE SALUD. Subdirección de prevención. Requisitos esenciales para los centros de bienestar del anciano. Santa Fe de Bogota, DC. Marzo 31 de 1998,p.11.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfermería Gerontológica. Concepto para la practica. Serie paltex. N. 31. Washington.1993
- PARAMO, Amparo. Vejez, salud y alternativas de autocuidado. El Poir editores e impresores. Primera edición. Ibagué. 1990.
- PHIPPS. Wilma J. Enfermería medicoquirurgica. México DF. interamericana SA. 1994.
- ROWE. John W. Envejecimiento y medicina geriatrica. 1990.p. 24.
- RUIPERES CANTERA. I y OTROS. Manuales prácticos de enfermería. Auxiliares y cuidadores de Ancianos. McGRAW-HILL INTERAMERICANA, S.A. Colombia. 1998
- SAVAGE, R,D y otros. Dinámica intelectual de la tercera edad.. España. Madrid. Ed. Castillo. 1980.
- SUAREZ, Francisco. Perspectivas para el adulto mayor en un país en vías de desarrollo. Aspecto socioeconómico. Colombia.2002.p5.
- TORRES GONZALEZ. Mario. Fisiología del envejecimiento. Síndrome y cuidados del paciente geriátrico. Masson S.A.
- www.consumer.personamayor.co.
- www.hogares.centrosresidenciales.terceraedad.co

ANEXOS

•
•
•

• 140 •

LEIDY XIMENA GONZÁLEZ CHIQUILLO

ALEXANDRA CATALINA RODRÍGUEZ BARÓN

ANEXO 1.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

Esta entrevista esta dirigida a un grupo de mujeres y hombres mayores de 60 años de la ciudad de Tunja quienes contribuirán a identificar las condiciones socioeconómicas, culturales y de salud de esta población con el fin de proponer el planteamiento de un Centro Día, donde complemente las necesidades de compañía, actividad productiva y recreación de acuerdo a su edad y condiciones de salud.

Agradecemos responder cada una de las preguntas formuladas de manera concreta y verídica.

1. IDENTIFICACIÓN:

- Edad:
- Fecha de nacimiento:.....
- Genero: M F.....
- Estado civil: soltero.....casado.....viudo.....separado.....unión libre.....

2. DIMENSION SOCIOECONÓMICA

- ¿Cómo esta conformada su familia?
Cónyuge.....Hijos.....Nietos.....Otros.....
- ¿Cuántos hijos tiene(vivos)?.....
- ¿Con quien vive?
Solo.....Pareja.....Hijos.....Nietos.....Otros.....
- ¿Sé siente contento con la relación que tiene con los miembros de su familia? Si.....No..... porque.....
- ¿Ha percibido cambios en las relaciones que tiene con su familiares?
Si.....No.....porque.....
- ¿Siente que recibe la atención necesaria por parte de sus familiares?
Si..... No.....
- Cómo son las relaciones con su familia?

De apoyo..... compañía.....afecto..... Por obligación.....

- ¿Comparte eventos especiales con su familia?
Si.....No....Cuales.....
- ¿Ha cambiado su rol o responsabilidades dentro de su familia?
Si.....No.....Porque.....
- ¿Es tenido en cuenta para tomar decisiones familiares?
Si.....No.....
- ¿Mantienen vínculos con sus vecinos o amigos?
Si.....No....porque.....
- ¿Cómo califica estas relaciones?
Buenas.....Malas.....Regulares.....
- ¿Posee algún ingreso propio?
Si..... No.....
- ¿De donde provienen los ingresos con que se sostiene?
Pensión.....Trabajo.....Familia.....Otros.....Cuales.....
- ¿Que actividades realiza en la actualidad?
Trabajo.....Cuidado del hogar.....recreativas.....Otros.....Cuales.....
- ¿Considera que sus ingresos le alcanzan?
para lo estrictamente necesario.....no le alcanza para lo necesario..... para darse otros gustos.....
- ¿En que estrato se ubica su vivienda?
Uno.....Dos.....Tres.....Cuatro.....Cinco.....
- En la actualidad el lugar donde vive es:
Propio.....Arrendado.....Otra forma.....

3. DIMENSION CULTURAL

- ¿Qué nivel de escolaridad tiene?
Sin estudio.....
- | | Completa. | Incompleta |
|----------------|-----------|------------|
| Primaria | | |
| Secundaria | | |
| Técnico | | |
| Universitarios | | |

Otros

▪ ¿Cuenta con un tiempo libre?

Si.....No.....

▪ ¿Cómo utiliza su tiempo libre?

Mira televisión.....Escucha radio.....Manualidades.....Lee.....

Otros.....Cuales.....

▪ ¿Pertenece a algún grupo social o cultural?

Si.....No.....Cual.....

▪ ¿Se siente a gusto con las actividades de recreación y cultura que le prestan?

Si.....No.....Porque.....

4. DIMENSION SALUD

▪ ¿Cómo considera su salud en general?

Buena.....Regular.....Mala.....

▪ ¿Ha presentado en los ultimo tres años?

Alguna enfermedad

Si.....No.....cual.....

Toma algún medicamento

Si.....No.....cual.....

▪ ¿De acuerdo con su condición de salud asiste algún control medico?

Si.....No..... Frecuencia.....

▪ Actualmente usted

Si

No

frecuencia

Fuma

.....

.....

Toma bebidas alcohólicas

.....

.....

Realiza un deporte

.....

.....

Realiza caminatas

.....

.....

Otros Cuales.....

▪ ¿Cuenta actualmente con protección en salud?

Si.....No.....Cual.....

▪ ¿En que régimen de salud se encuentra?

Contributivo.....Subsidiado.....Otro.....

▪ ¿Asiste a algún centro de medicina no tradicional para cuidar de su salud?
Si.....No.....Cual.....

▪ ¿En la actualidad usted como se siente?
Bajo de animo..... Solo..... Triste.....Cansado.....Viejo..... Feliz.....

▪ ¿Considera que los servicios de salud a los que tiene acceso se ajustan con sus necesidades?
Si.....No.....

▪ ¿Le gustaría asistir durante el día con otras a una institución donde pueda compartir con ellas diferentes actividades?
Si..... No:.....

▪ ¿Cree necesaria la implementación de un centro día para la atención de las personas mayores en la ciudad de Tunja?
Si.....No.....

▪ ¿Qué servicios debería prestar esta institución a las personas mayores?

	SI	NO
Salud
Recreación y deporte
Educación
Trabajos manuales
Transporte institución – casa
Alimentación
Otros..... Cual.....

▪ ¿En que horario deberían prestarse estos servicios?
8 am a 12m 2 pm a 6 pm
8 am a 6 pm 7 am a 7 pm

▪ ¿Si usted pudiera asistir cada cuanto lo haría?
Diariamente.....cada tercer día..... una vez a la semana.....

▪ ¿Dónde le gustaría que funcionara esta institución?
Dentro de la ciudad.....
A las afueras de la ciudad.....

▪ ¿Considera que estos servicios deberían tener algún costo?
Si..... No.....

▪ ¿Estaría usted en posibilidad de pagar algún costo por estos servicios?
Si..... No.....

• ¿Cuanto dinero aportaría mensualmente para la prestación de estos servicios?

•
•
•
•

10.000- 50.000..... 51.0000-100.000.....
lo que se estimen necesario.....

PREGUNTA PARA LA FAMILIA O ACOMPAÑANTE.

- Estaría dispuesto a colaborar a la persona mayor en la asistencia a una institución día creada especialmente para ellos en :

Económico: Sí.....No.....

Emocional: Sí.....No.....

OBSERVACIONES:

ANEXO 2. INDICE DE BARTHEL

1. ALIMENTACIÓN

10___ INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en tiempo

razonable.

5___ NECESITA AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla,etc

0___ DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado.

2. LAVADO

5___ INDEPENDIENTE. Capaz lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño.

0___ DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

3. VESTISE

•
•
•

• 145 •

- 10___ INDEPENDIENTE. Se viste, desnuda y ajusta la ropa. Se ata zapatos.
5___ NECESITA AYUDA. Realiza la mitad de las labores en un tiempo razonable
0___ DEPENDIENTE. Realiza menos de la mitad de las labores o emplea tiempo desmesurado

4. ARREGLARSE(ASEO PERSONAL)

- 5___ INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales: se lava las
manos y la cara, etc.
0___ DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

5. DEPOSICIÓN

- 10___ CONTINENTE / NINGUN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia.
5___ INCONTINENTE / ACCIDENTE OCASIONAL.
0___ INCONTINENTE.

6. MICCIÓN

- 10___ CONTINENT/ NINGUN ACCIDENTE. No presenta periodos de incontinencia.
5___ INCONTINENTE / ACCIDENTE OCASIONAL
0___ INCONTINENTE

7. USO DEL INODORO

- 10___ INDEPENDIENTE. Usa el inodoro o bacinilla. Se sienta y se levanta. Se
limpia y se viste.
5___ NECESITA AYUDA. Para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
0___ DEPENDIENTE Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

8. TRASLADO SILLON – CAMA

- 15___ INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas es independiente.
10___ MINIMA AYUDA. Supervisión verbal y pequeña ayuda física.

5___ GRAN AYUADA. Capaz de sentarse pero necesita mucha asistencia para el traslado

2. DEAMBULACION

15___ INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50m aunque se ayude.

10___ NECESITA AYUDA. Puede caminar al menos 50 m, pero con supervisión o ayuda.

5___ INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa la silla al menos 50

0___ DEPENDIENTE INMÓVIL. Incluye ser rotado por otro.

3. ESCALONES

10___ INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda personal o supervisión

5___ NECESITA AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.

0___ DEPENDIENTE Necesita alzamiento (ascensor) o no puede subir escalones.

ANEXO 3. HOJA DE VIDA

- NOMBRE _____
—
- DIRECCION _____
—
- SEXO _____ EDAD _____ ESTADO
CIVIL _____
- CONVIVE CON _____
- ESTADO SOCIO FISICO _____
- LIMITACIONES
FÍSICAS _____ SOCIALÓGICAS _____ VEJEZ _____
- TRABAJO _____
—

- EXPERIENCIA _____
—

- PRINCIPALES GUSTOS _____

DESEMPEÑOS _____

- NESECIDADES MAS SENTIDAS _____

- ¿QUÉ PROGRAMA SERIA DE SU INTERES PARA OCUPAR EL TIEMPOLIBRE Y COMPARTIR CON OTRAS PERSONASMAYORES? _____

- OBSERVACIONES: _____

ANEXO 4. HISTORIA SOCIOECONÓMICA DEL ANCIANO

- Fecha diligenciamiento _____
- Centro – Día _____

- Responsable: _____

- I. INFORMACIÓN GENERAL

- Nombres y Apellidos:

- Documento identidad:

- Fecha Nacimiento _____
- Años Cumplidos: _____
- Dirección _____ Barrio

- Teléfono _____ CSBS: _____
- NO. Historia: _____
- Procedencia: _____ Area:

- Educación _____ Años cursados

- Otros cursos:

- II ASPECTO SOCIAL

- Estado Civil:

- Composición Familiar:

- UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE:
- Actividades / Grado satisfacción:

- Día Típico:

- PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA:
- Agrupaciones y actividades:

- Relaciones Vecinos/ Comunidad:

- OBSERVACIONES

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

-
-
-

Puede usted:

	Con ayuda	Sin ayuda	No puede solo
1. salir lejos de casa			
2. salir cerca de su casa			
3. prepararse sus alimentos			
4. hacer labores de la casa			
5. Tomarse sus medicamentos.			
6. comer sus alimentos			
7. desvestirse y vestirse			
8. peinarse			
9. subir escaleras			
10. Acostarse y levantarse			
11. bañarse			
12. usar el baño a tiempo			

Ayudas: _____

- Mayor problema del diario vivir: _____

ANEXO 5: REGISTRO DIARIO DE ATENCION

