

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA CREAR UN PROGRAMA DE ATENCIÓN
INTEGRAL AL ADULTO MAYOR EN NEIVA**

**PIEDAD MARCELA GAITÁN RAMIREZ
SANDRA MILENA MOSQUERA AMAR**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
NEIVA
2010**

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA CREAR UN PROGRAMA DE ATENCIÓN
INTEGRAL AL ADULTO MAYOR EN NEIVA**

**PIEDAD MARCELA GAITÁN RAMIREZ
SANDRA MILENA MOSQUERA AMAR**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
especialista en psicología de la salud**

**Asesor:
ALEXANDER QUINTERO BONILLA
MsC. Ciencias de la organización**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
NEIVA
2010**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Julio de 2010

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mi familia quienes con su dedicación y amor nunca dejaron de creer en mí; a mi esposo William Andrés Rivera quien le debo la alegría de este deber cumplido, que hoy es solo un paso de todos los triunfos que me esperan a su lado.

Sandra Milena

Con gratitud al todo poderoso por darme sabiduría, con cariño a mi familia, quien con su paciencia y colaboración contribuyeron a la culminación de esta meta. Y a Oscar, quien con su amor me ha apoyado en todos mis propósitos.

Piedad Marcela

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	11
1. JUSTIFICACIÓN	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVOS GENERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
4. MARCO LEGAL	17
4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA	17
4.2 DERECHOS UNIVERSALES DEL ADULTO MAYOR	17
5. ESTUDIO DE MERCADO	20
5.1 DESCRIPCIÓN ÁREA DEL PROYECTO	21
5.2 POBLACIÓN OBJETIVO	23
5.3 PERFIL DE CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA	25
5.4 PERFIL DE CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA	26
6. DEFINICIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO	29
6.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR	29
6.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	30
7. COMPONENTE FINANCIERO	35

	Pág
7.1 PRESUPUESTO DE INVERSIÓN	35
7.2 GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	36
7.3 INTERVENCIÓN POR PACIENTE	37
8. CONCLUSIONES	38
9. RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	42

LISTA DE FIGURAS

	pág
Figura 1 Distribución de la población de Neiva por edad	24

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A Visita a hogares geriátricos	43
Anexo B Ficha de ingreso al programa	45
Anexo C Informe de evaluación neuropsicológico	47

RESUMEN

El envejecimiento hace parte del ciclo vital del ser humano, que éste proceso se realice en las mejores condiciones posibles, tanto en el aspecto psicológico como en el físico, debe ser el objetivo de todas las personas en general. Por tal motivo se busca implementar un programa integral para los Adultos Mayores en el Municipio de Neiva, el cual se caracteriza por estar dirigido a la población sin ningún deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo leve hasta moderado déficit. Se implementarán acciones tendientes a mejorar la calidad de vida y a permitirles un envejecimiento digno, articulado con diferentes especialistas del área de la salud, que brindaran atención desde la perspectiva de la multidisciplinariedad.

Este programa está diseñado para que un año, se realice la intervención adecuada a cada adulto mayor y se pueda atender a la población total, consta de cuatro fases; cada una con sus respectivas actividades que constituyen la base de la intervención, reconocimiento y diagnóstico inicial del adulto mayor, manejo del adulto mayor en el hogar “manual para la familia y el cuidador principal”, valoración y estimulación cognitiva, promoción de la salud y prevención de la enfermedad- psicoeducación.

Palabras Claves: adulto mayor, deterioro cognitivo, programa integral, atención multidisciplinar, envejecimiento digno.

ABSTRACT

The aging is part of the life cycle of human beings, that this process be done in the best possible conditions, both psychological as physical, must be the goal of all people in general. For this reason, seeks to implement a comprehensive program for the elderly in the city of Neiva, which is characterized by being sent to the population with no cognitive impairment and mild cognitive impairment to moderate deficit. Be implemented actions to improve the quality of life and allow them a dignified aging, articulated with different specialists in the area of health, providing care from a multidisciplinary perspective

This program is designed for a year, make the appropriate intervention to every adult and able to respond to the total population, consists of four phases, each with their respective businesses that form the basis of the intervention, early recognition and diagnosis the elderly, management of the elderly at home "manual for the family and the primary caregiver, assessment and cognitive stimulation, health promotion and disease prevention, psychoeducation.

Key words: elderly, cognitive impairment, comprehensive program, multidisciplinary care, aging with dignity.

INTRODUCCIÓN

Todos aquellos aspectos que involucran al adulto mayor en relación con los demás, con su entorno y, sobre todo, aquellos que tienen que ver con su salud y calidad de vida; han cobrado importancia en los últimos años. Hoy vemos que para quien envejece, el paso de los años aumenta el promedio de vida; siendo este un aspecto demográfico importante. En Colombia, podemos observar que el envejecimiento se ha dado en relación con el incremento de las personas mayores de 60 años en las últimas décadas, siendo este del 18,7% en 1980 a 20,21% en el 2002 y se estima que para 2025 el incremento anual sea 4 veces mayor.

El envejecimiento se presenta como un deterioro que puede ser normal o patológico y se hace evidente por la presencia de enfermedades; cuando el deterioro es patológico las enfermedades implican y comprometen más las funciones del individuo. Estas enfermedades pueden presentar características neurológicas y degenerativas que se asocian con la pérdida progresiva de las funciones cognitivas como el lenguaje, la memoria, la atención, el pensamiento, las habilidades visoespaciales y construccionales, y comportamentales, estos síntomas se denominan y agrupan en lo conocido como demencia.

Debido a esta serie de alteraciones y viendo ya cómo esta población cada día cobra más notabilidad, es necesario entrar a intervenir oportunamente para mejorar la calidad de vida del paciente, como la de su familia y/o cuidador como de su enfermedad. La estimulación cognitiva se define como una intervención terapéutica de apoyo en el envejecimiento y complementaria al tratamiento farmacológico en la demencia. La estimulación cognitiva trabaja no sólo en las áreas cognitivas deterioradas sino también en aquellas preservadas o relativamente preservadas, restaurando en parte las habilidades cognitivas, enlenteciendo la progresión del deterioro y mejorando el estado funcional del adulto mayor y procurando su estabilidad durante el mayor tiempo posible.

Por ello, es necesario intervenir desde las diferentes áreas de la salud, para la atención integral de los adultos mayores procurando un envejecimiento digno y activo, en donde no sufran un deterioro que amenace su calidad de vida, por el contrario, que se sientan amados, respetados, útiles y productivos. Articulando acciones con los diferentes entes gubernamentales en pro de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, contemplando la salud desde la perspectiva del ciclo vital, partiendo del supuesto que los factores psicológicos y sociales se relacionan con la salud en cualquier edad. Lo que es válido en la edad adulta lo es también en términos generales para los mayores.

1. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, el concepto de salud trasciende a la ausencia de enfermedades y afecciones. En otras palabras, la salud puede ser definida como el nivel de eficacia funcional y metabólica de un organismo a nivel micro (celular) y macro (social). Por ello la salud, más que una condición del ser humano, debe ser considerada como un derecho inherente en todo su ciclo vital.

El aumento de la esperanza de vida es proporcional con el incremento de la demanda sanitaria en la población de los adultos mayores, sobre todo en los casos de incapacidad y dependencia. “Una política sanitaria basada en el envejecimiento digno que haga énfasis en la prevención y en la detención precoz, combinada con una intervención eficaz podría modificar el curso de las enfermedades y disminuir el número de complicaciones de las mismas”¹.

Por ello, se considera vital intervenir desde las diferentes áreas de la salud, para la atención integral de los adultos mayores procurando un envejecimiento digno y activo, en donde no sufran un deterioro que amenace su calidad de vida, por el contrario, que se sientan amados, respetados, útiles y productivos. Articulando acciones con los diferentes entes gubernamentales en pro de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

En ese orden de ideas, brindar atención a las personas mayores como un grupo que, por sus especiales características, debe ser estudiado y tratado separadamente puede llevar a conclusiones erróneas. Por ello, se debe contemplar la salud desde la perspectiva del ciclo vital, partiendo del supuesto que los factores psicológicos y sociales se relacionan con la salud en cualquier edad. Lo que es válido en la edad adulta lo es también en términos generales para los mayores.

En la actualidad, las enfermedades físicas, los trastornos mentales y las enfermedades con discapacidades, son atendidas en servicios médicos generales que reciben soporte de otras especialidades. Estos servicios deberían ser de fácil acceso y efectivos para esta población, ofrecidos a nivel local y teniendo en cuenta los recursos propios de la zona. Sería ideal que el trabajo se realizara en estrecha colaboración entre los servicios de atención primaria (tanto social como sanitaria) y hospitalaria.

¹ LÓPEZ, Pousa; SERRA, Mestres; LOZANO, M. Programa integral de atención psicogeriatrica. Girona – España: Revneurol, 2000. p. 1181

Es así, que el envejecimiento es definido como un proceso progresivo, natural y lento de transformación, que afecta a los seres vivos desde su nacimiento hasta su muerte²; teniendo en cuenta que es un proceso normal de la vida, se considera de vital importancia implementar un programa que fomente el digno y productivo envejecimiento, desde la perspectiva del trabajo multidisciplinar con la participación de los diferentes profesionales de la salud; este programa deberá ser desarrollado por las autoridades competentes y los centros de salud, para garantizar que la población en general sea atendida.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se considera necesario que el programa de atención integral al adulto mayor, este enmarcado desde la psicología de la salud con la promoción de actividades que propicien el bienestar psicológico y físico con la participación del núcleo familiar, quienes en última estancia son los encargados de su manejo dentro y fuera del hogar y así garantizarle a esta población, desde sus capacidades, la mayor autonomía posible.

² CORNACHIONE, María. URRUTIA, Andrés. y FERRAGUT, Lilian. Guía para el cuidado de ancianos con problemas. Argentina: Editorial Brujas, 2005. p. 59

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la viabilidad para la implementación de un programa de atención integral para los Adultos Mayores en el Municipio de Neiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y caracterizar la demanda del servicio
- Determinar y caracterizar la oferta de servicios para Adultos Mayores en el municipio de Neiva
- Definir los recursos financieros requeridos para la ejecución del programa
- Plantear los componentes del programa

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud afirma que, en el mundo hay más de 600 millones de personas de más de 60 años y para el 2050 se espera que dicha cantidad se haya triplicado, sumando 2,000 millones de seres humanos con esa edad. Para ese entonces, por primera vez en la historia, habrá más ancianos que niños.

Los adelantos en la medicina, la ciencia y la tecnología, han incrementado la proyección de subsistencia. Actualmente en Colombia la esperanza de vida al nacer masculina es de 67 años y la femenina es de 74 años según el Departamento Nacional de Estadísticas (Dane). Según cifras de este Departamento, se calculan 44 millones de habitantes, de ellos 2 millones 944 mil 328 son adultos mayores, de acuerdo con un estudio del Ministerio de la Protección Social, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

En Colombia, el Dane ha proyectado que la población mayor de 60 años pasará de 2 millones 944 mil 328 a 6 millones 529 mil 300 en el 2020. En nuestra sociedad los adultos mayores se encuentran en desventaja, solo el 20% de la población mayor de 65 años recibe un ingreso. Ocho de cada diez no reciben pensión. En la actualidad el aumento de la población mayor de 60 años es significativo en comparación a épocas anteriores; debido al avance de la tecnología y el conocimiento científico. La expectativa de vida aumentó dejando como consecuencia una revolución demográfica, en la que los diferentes sectores sociales no se encuentran preparados para asumir esta situación debido a las diversas complicaciones a las que se ven afectados los adultos mayores.

El envejecimiento implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con cambios en todos los órganos, incluyendo el cerebro. Estos cambios cognoscitivos constituyen uno de los factores centrales de las etapas tardías de la vida. Con el paso del tiempo, se inicia una serie de modificaciones cognoscitivas que involucran la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención; haciendo necesario la diferenciación de los cambios que subyacen en el envejecimiento normal y las características propias del envejecimiento patológico (demencia), mediante el abordaje de instrumentos adecuados para determinar esta diferencia y dar su respectivo manejo multidisciplinar.

Debido a esta serie de alteraciones y viendo ya cómo esta población cada día cobra más relevancia, es necesario entrar a intervenir oportunamente para mejorar la calidad de vida del paciente como la de su familia y/o cuidador como de su enfermedad. La estimulación cognitiva se define como una intervención

terapéutica de apoyo en el envejecimiento y complementaria al tratamiento farmacológico en la demencia. La estimulación cognitiva tiene como objeto la rehabilitación-estimulación de diferentes áreas cognitivas, no centrándose sólo en aquellas deterioradas sino también trabajando en aquellas preservadas o relativamente preservadas, a restaurar las habilidades cognitivas, retardar la progresión del deterioro y mejorar el estado funcional del adulto mayor y finalmente procurar su estabilidad durante el mayor tiempo posible.

La estimulación cognitiva ayudará a que la mayoría de los adultos mayores puedan sentirse aún vivos y funcionales en su vida diaria ya que sus efectos aparecen principalmente en los ámbitos de la afectividad, de la conducta y de la calidad de vida, esferas que han sido obviadas en el manejo de los pacientes y que sin embargo influyen de manera determinante en el avance del deterioro o enfermedad.

4. MARCO LEGAL

A continuación relacionaremos algunas políticas que garantizan a los Adultos Mayores de Colombia sus derechos y sobre la importancia de atender este tipo de población.

4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

CAPITULO 2 DE LOS DERECHOS SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES

Artículo 46. El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.

El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

4.2 DERECHOS UNIVERSALES DEL ADULTO MAYOR

Artículo 1. El adulto mayor tiene el derecho de ser tratado como ciudadano digno y autónomo no solo por sus méritos pasados sino también por los aportes que aún puede hacer al bienestar de la sociedad.

Artículo 2. El adulto mayor tiene el derecho a recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, segura, útil y agradable.

Artículo 3. El adulto mayor tiene derecho a la integración y la comunicación inter-generacional a la vez que intra-generacional, y debe disfrutar de amplias posibilidades de participación en la vida social, cultural, económica y política de su comunidad y país.

Artículo 4. El adulto mayor tiene derecho al cuidado de su salud, a través de una atención médico-asistencial integral y permanente, preventiva o curativa, que busque alternativas a la hospitalización o al internamiento institucional, y que aliente la atención a la salud en el ámbito familiar.

Artículo 5. El adulto mayor tiene derecho a que las autoridades nacionales, las

sociedades civiles y la comunidad internacional alienten los estudios y las investigaciones en el ámbito de la gerontología, e intercambien información sobre esa materia.

Artículo 6. El adulto mayor tiene derecho a una alimentación sana, suficiente y adecuada a las condiciones de su edad, y por ello deben alentarse y difundirse los estudios y los conocimientos nutricionales correspondientes.

Artículo 7. El adulto mayor tiene derecho a una vivienda segura, higiénica, agradable y de fácil acceso físico que, en la medida de lo posible, le dé privacidad y el espacio necesario para una actividad creativa.

Artículo 8. El adulto mayor tiene derecho a facilidades y descuentos en tarifas para los transportes y las actividades de educación, cultura y recreación.

Artículo 9. El adulto mayor tiene derecho a vivir en una sociedad sensibilizada con respecto a sus problemas, sus méritos y sus potencialidades. Tanto en los diversos medios nacionales como a nivel internacional debe propiciarse un vasto esfuerzo para educar a todas las personas dentro de un espíritu de comprensión y tolerancia inter-etaria e inter-generacional.

Artículo 10. El adulto mayor tiene derecho al acceso a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo y ganar ingresos si él lo desea y su salud se lo permite.

Artículo 11. El adulto mayor tiene derecho a una flexibilización, dentro del marco de los diversos ordenamientos jurídicos nacionales, de las normas de jubilación y de pensión, que le ofrezcan diversas opciones con respecto a la edad de retiro, y conlleve la posibilidad de seguir total o parcialmente activo más allá de la edad de retiro mínima.

Artículo 12. El adulto mayor tiene el derecho de ser tenido en cuenta como fuente de experiencia y de conocimientos útiles para el conjunto de la sociedad. Debe aprovecharse su potencialidad como instructor o asesor en el aprendizaje y desarrollo de oficios, profesiones, artes y ciencias.

Artículo 13. El adulto mayor tiene derecho a la integración multi-generacional. En la medida de lo posible, debe evitarse toda segregación de las personas de edad en espacios reservados o su exclusión de actividades sociales. Debe ser propiciada a todos los niveles la formación de grupos multi-etarios.

Artículo 14. El adulto mayor tiene derecho a la más plena protección de su seguridad física y su integridad moral contra todo tipo de violencia, de ofensas, de discriminación y de extorsión. Con ese fin, debe establecerse en cada país una autoridad judicial o administrativa encargada de velar por la seguridad y la

observancia de los derechos del adulto mayor. Dicha autoridad debería ser fácilmente accesible a las personas mayores que deseen presentar denuncias u obtener información y debería disponer de mecanismos de delegación o de representación en todas las comunidades locales.

Artículo 15. El adulto mayor tiene derecho a que se establezca un mecanismo igualmente a nivel internacional, de fiscalización y protección de sus derechos a escala mundial.

Artículo 16. El adulto mayor tiene derecho a un régimen de consideraciones especiales en caso de demandas judiciales civiles en su contra, y sobre todo debe estar amparado de la posibilidad de un perentorio desalojo de su vivienda. En caso de condenas penales, igualmente debe disfrutar de un régimen especial, con disposiciones tales como la detención domiciliaria en lugar de la reclusión en centros penitenciarios.

Artículo 17. El adulto mayor tiene el derecho de disfrutar del trato solidario y deferente establecido en los artículos anteriores, aunque no se encuentre en su propio país. Como principio general, los beneficios que la legislación nacional de cada Estado otorgue a las personas mayores de su propia nacionalidad, deben ser extendidas en forma igual a las personas mayores de nacionalidad extranjera, legalmente residenciadas.

Artículo 18. Ninguno de los derechos enunciados en los artículos anteriores debe menoscabar el derecho del adulto mayor a disfrutar del apoyo y del auxilio de su familia, y particularmente de sus descendientes directos.

Artículo 19. Aparte de los derechos específicos enunciados en la presente declaración, el adulto mayor evidentemente participa en el disfrute de todos los derechos generales que dimanar de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de otros documentos e instrumentos internacionales.”

5. ESTUDIO DE MERCADO

La Alcaldía de Neiva ofrece el programa de Protección social al adulto mayor “club de los abuelos” a través de la Secretaría de Salud; tiene como objetivo desarrollar los servicios de promoción y prevención, a través de actividades integrales como talleres, asistencia y coordinación para el desarrollo del componente: Servicios Sociales complementarios (actividades de alfabetización, lúdicas, recreativas, artísticas, culturales, de ocio productivo y suministro de complemento nutricional, de conformidad con las especificaciones y compromisos contenidos en los términos de referencia. El objetivo del milenio que se persigue es erradicar la pobreza y el hambre.

Durante la ejecución del programa de Protección social al adulto mayor “club de los abuelos” se brinda el suministro de complemento alimentario que incluye (Un mercado mensual y un refrigerio a la semana), se realiza valoración psicológica, visitas domiciliarias, talleres terapéuticos – físicos; seguimiento y vigilancia y control a los casos de violencia intrafamiliar y maltrato al adulto mayor. Atención integral en salud de los beneficiarios del programa a través de actividades realizadas en cada punto de encuentro por el equipo de profesionales vinculados al programa (Auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, psicólogas, terapeuta ocupacional, trabajadoras sociales), suministrar insumos de papelería y material necesario para el desarrollo de los talleres al igual que para el desarrollo de los talleres de ocio productivo, se desarrollan Talleres lúdico- recreativos en cada punto de encuentro con los beneficiarios del programa; talleres productivos, tanto para los adultos mayores de la zona urbana como rural, se desarrolla un evento especial en el mes de Junio (Celebración del San Pedro del adulto mayor), feria exposición con los trabajos realizados durante el desarrollo del convenio y por último se debe conservar actualizada la base de datos de los beneficiarios del programa y hacer seguimiento a los adultos mayores que se ausenten con frecuencia.

El número de beneficiarios, Adultos Mayores de la zona urbana y rural son 4.000; estos beneficiarios se encuentran ubicados en diversas comunas de Neiva de los estratos 1 y 2; en el área rural se realizan cuatro salidas a los puntos de encuentro (Piñuelo, San Luis, Chapinero, La Julia, San Antonio, Vegalarga, Palacio, Cedral, Peñas Blancas y Guacirco) El equipo operativo profesionales cuenta con dos psicólogas, dos terapeutas ocupacionales, dos trabajadoras sociales, dos auxiliares de enfermería, dos fisioterapeutas, una auxiliar de gerontología, un digitador, dos servicios generales, ocho Talleristas, cuatro instructoras de artes y oficios y un profesional en el área de la salud; quienes desarrollan sus actividades en los puntos de encuentro de lunes a viernes en el horario de la mañana de 7:00 a 11:00 AM y de 1:00 a 5:00 PM en los puntos de

encuentro de Manzanares y Eduardo Santos y de 1:00 a 5:00 PM en los puntos de encuentro de la jornada de la tarde.

Existen en Neiva varios centros geriátricos de tipo privado, en la mayoría se presta el servicio de internado y en algunos de ellos también de guardería (por días u horas), el costo mensual de los centros oscila entre 650.000 y 800.000 pesos, lo que incluye tres comidas diarias mas refrigerios, uno en la mañana y otro en la tarde; baño personal igualmente en la mañana y tarde, terapia ocupacional y física según lo requiera el adulto mayor. Los medicamentos, pañales e implementos de aseo están a cargo de los familiares. En la mayoría de estas instituciones existe personal encargado de la alimentación de los adultos mayores teniendo en cuenta la necesidad de cada uno. Algunos centros son mixtos, como existen otros donde se reciben sólo mujeres o en el caso contrario, sólo hombres; en algunos de ellos hay establecido un horario de visitas para sus familiares, el cupo de estos centros fluctúa entre 15 y 30 adultos mayores. En todos los hogares se pretende ofrecer el servicio de enfermería las 24 horas, de terapia ocupacional, terapia física, religiosidad, pero en ninguno de ellos se tiene en cuenta la funcionalidad y estado cognitivo de los adultos mayores institucionalizados.

5.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DEL PROYECTO

El “Programa de atención integral al adulto mayor”, tendrá lugar en la municipio de Neiva, capital del departamento del Huila. La ciudad de Neiva, se encuentra situada en una planicie sobre la margen derecha del río Magdalena, cruzada por el río de las Ceibas y el río del Oro.

Su territorio lo forman algunos llanos como el Jardín, 80 metros más alto; la Manguita al norte; Avichente y el Chaparro al oriente; Matamundo al sur; por el occidente corre el río Magdalena que separa a la ciudad del municipio de Palermo.

Este municipio tiene una extensión de 1.553 Km² que abarcan desde la Cordillera Oriental hasta la cordillera central, pasando por el Valle del Río Magdalena. Su división política y administrativa se ha estructurado a partir de 10 comunas y 316 barrios en la zona Urbana (incluyendo 44 asentamientos) y ocho (8) corregimientos con 78 veredas en la zona rural asociados a los centro poblados de Guacirco, Fortalecillas, Caguán, Aipecito, Chapinero, San Luis, Vegalarga y Motilón, con un área estimada de 4.594 y 150.706 Hectáreas respectivamente.

Neiva limita al norte con Aipe y Tello; al Noroccidente con el departamento del Tolima, al sur con Rivera; al sur occidente con Palermo y santa María; al oriente con los departamentos del Meta y Caquetá; y al Occidente con Santa María.

Consta de un total de 324.905 habitantes, con una composición demográfica multiétnico de la población colombiana, encontrando en su territorio individuos pertenecientes a grupos indígenas, mestizos y afrocolombianos. De esta población 29.302 son adultos mayores de 60 años que conforman el 9.01% de los habitantes en Neiva.

En el municipio de Neiva la red prestadora de servicios de salud, en el 2008 estaba conformada así: red pública de bajo nivel de complejidad; ESE Carmen Emilia Ospina y de alto nivel, ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Las entidades que conforman la red privada son; Centro Médico del Sur, Clínica Emcosalud, Clínica La Inmaculada, Clínica La Madre y El Niño, Clínica Medilaser, Clínica Nueva, Clínica Saludcoop, Cafesalud CAFI, Clínica Uros, Clínica de Fracturas y Ortopedia, Comfamiliar IPS, UBA Coomeva, Dispensario Médico Novena Brigada, Previmedica IPS, Liga Contra el Cáncer, Profamilia, Salud Total IPS y Cruz Roja.

En ese orden de ideas, una de las primeras causas de morbilidad en consulta externa, según el perfil epidemiológico de Neiva del 2008, fue la realizada por hipertensión arterial, con un total de 60.444 de individuos, de los cuales 35.796 fueron adultos mayores de 60 años, lo cual constituye el 60% de los afectados por esta patología, que si bien es sabido, puede ser atendida y prevenida, implementando programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Así mismo, el diagnóstico de lumbago, fue la séptima causa de consulta externa con un total de 15.298 donde 2.620 fueron personas mayores de 60 años, para un total de 18%. Teniendo en cuenta que es una patología que si bien no causa incapacidad, si minimiza la calidad de vida de los adultos, que por las características propias de la edad, ya poseen ciertas dificultades de salud. Esta patología, igual puede ser tratada con una adecuada intervención integral, en pro del mejoramiento de las condiciones físicas de los ancianos.

En cuanto a lo que se refiere a salud mental, se reportaron 23 casos de violencia física en personas de 56 años en adelante, 19 casos de maltrato psicológico a adultos de 50 años en adelante y 4 casos de suicidio el mismo grupo de edad. Esto muestra que los adultos mayores no están inmunes a ser víctimas de maltrato psicológico y físico que atenta contra su salud y una buena calidad de vida.

En el 2008 se presentaron 534 muertes en adultos de 60 años en adelante, en la ciudad de Neiva, en donde la principal causa fue la insuficiencia respiratoria con 206 casos de los cuales 141 fueron personas mayores de 60 años en adelante. La segunda causa fue infarto agudo de miocardio con un total de 74 casos donde 57 fueron muertes de adultos mayores de 60 años en adelante.

A nivel municipal durante el 2008 se han adelantado programas de salud los cuales están enfocados a grupos de personas específicamente, como es el caso de los niños y mujeres en edad sexual y reproductiva. Estos programas hacen referencia a; atención infantil, salud sexual y reproductiva, vectores, zoonosis, salud mental y programas especiales, en donde no se ha tenido en cuenta al adulto mayor como una prioridad en las diferentes intervenciones, así mismo, los objetivos del milenio no mencionan al adulto mayor como un eje de intervención.

En la actualidad, en Neiva los adultos mayores no son una prioridad dentro de los objetivos gubernamentales ni están en su mayoría estipulados en los planes de desarrollo. Se desconoce la razón por la cual, las entidades han dejado de lado políticas encaminadas al tratamiento integral de los abuelos, o en su defecto, esté a cargo de la familia, la cual debe hacer uso de sus recursos más próximos, tanto económicos como personales, para su manejo. En el caso de padecer algún tipo de patología, el cuidado del abuelo corre por parte de las redes prestadoras de servicios de salud según sea el caso, privada o pública.

Recientemente se conoció por los medios masivos de comunicación (televisión) casos de abandono de éste grupo de personas en los hospitales, es así que se han presentado casos donde ni la familia ni las entidades de salud desean hacerse cargo de estos pacientes. La negligencia conduce a agravar la enfermedad ocasionando que una patología de tratamiento leve se convierte en una de alto costo, por las escasas oportunidades de tratamiento integral a los adultos que así lo requieren.

5.2 POBLACIÓN OBJETIVO

Dado los cambios demográficos actuales, se requieren nuevas clasificaciones de la población senil. Así por ejemplo, se consideran seniles jóvenes (Young old) los individuos entre los 55 y los 74 años de edad, seniles viejos (old - old), a quienes están por encima de los 75, y seniles más viejos (oldest - old) a los mayores de 85 años (Backman *et al.*, 2000). Nuestra población se caracterizará por ser adultos mayores de 60 años que requieran algún servicio que se ofrece en el “Centro de Servicio Integral al Adulto Mayor”.

El envejecimiento implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con cambios en todos los órganos, incluyendo el cerebro. Con el paso del tiempo, se inicia una serie de modificaciones cognoscitivas que involucran la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención. Estos cambios cognoscitivos constituyen uno de los factores centrales de las etapas tardías de la vida; sin embargo, se debe tener en cuenta que no en todas las personas estos cambios se presentan de la misma manera y hay un rango amplio de diferencias en la vejez normal; teniendo en cuenta que la característica más común es que el

deterioro es lento y inhabilita la actividad normal de las personas de otra manera se consideraría una vejez patológica.

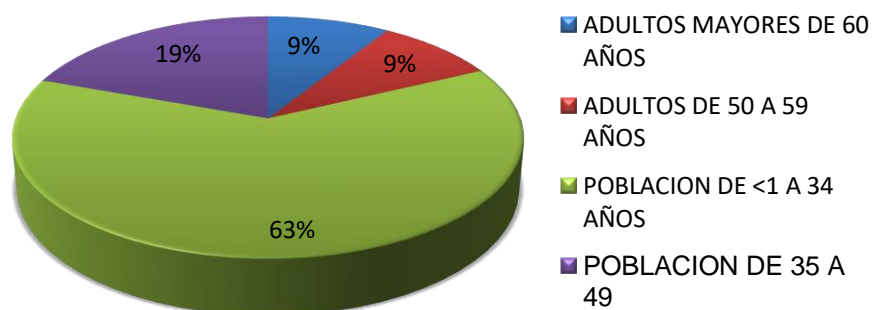
El envejecimiento patológico, se caracteriza por la instalación relativamente rápida del deterioro de la capacidad intelectual y funcional, que contrasta con el deterioro lento y progresivo que se observa en el envejecimiento normal y lleva a considerar a la demencia como una entidad patológica. Una de las características importantes en la vejez tanto normal como patológica es el deterioro cognitivo progresivo, entre otras alteraciones, siendo este más rápido y evidente en la vejez patológica.

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo de las funciones cognoscitivas: memoria, lenguaje, habilidades visoperceptuales, de razonamiento, etc., vinculados a cambios emocionales y comportamentales generales (Rosselli, 2003). Cualquier entidad que comprometa de manera extensa el sistema nervioso central puede desencadenar una demencia. Por su diversidad etiológica, ésta puede aparecer a cualquier edad. Sin embargo, dado que los dos factores más comunes son las enfermedades degenerativas y las vasculares, la demencia es un síndrome que aparece con mayor frecuencia después de los 55 años. La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia. Suele iniciarse después de los 50 años y representa aproximadamente 60% de todas las demencias (Breitner *et al.*, 1999).

En la actualidad en Neiva, la población total está constituida por 324.905 habitantes, de esta población 29.302 son adultos mayores de 60 años que conforman el 9.01% de los habitantes en Neiva y 29.108 son hombres y mujeres de 50 a 59 años de edad, lo cual representa el 9% (Grafica 1).

Figura 1 Distribución de la población de Neiva por edad

EDAD POBLACIONAL DE NEIVA



5.3 PERFIL DE CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA

Análisis del Usuario

En Colombia, en el año 2005 el número de personas mayores de 60 años era de 3'815.447; según el DANE en las proyecciones de la población (2007), en el 2020 habrá 6'435.911 personas mayores de 60 años. A nivel departamental en el 2005 se encontraron 86.795 adultos mayores y se estima que en el 2020 el número aumente a 135.941.

Esta es una gran ventaja para desarrollar nuestro proyecto ya que la población irá en aumento y se necesitará con más urgencia la prestación de los servicios especializados que ofrecemos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del municipio de Neiva.

La población a la que nos dirigiremos se caracterizará por ser: Adultos Mayores sin ningún deterioro cognitivo y adultos mayores con deterioro cognitivo leve hasta moderado déficit. (numeral 4 GDS) Según la Escala Global de Deterioro (GDS) en la que se clasifica el deterioro cognitivo de la siguiente forma:

- a) Normal: ningún déficit cognoscitivo
- b) Olvidadizo: sus alteraciones de memoria no afectan su funcionamiento laboral, ni social. evaluación normal.
- c) Ligero déficit cognoscitivo: alteraciones laborales; alteración en el lenguaje y la nominación; dificultad para recordar lo leído; puede perderse. Hay evidencia objetiva de déficit mnésico en la evaluación; disminución de las actividades laborales y sociales o negaciones (manifiesta por ansiedad)
- d) Moderado déficit: disminución de eventos recientes; déficit en los eventos personales; alteración de la concentración; dificultad para manejar dinero; puede tener alteración para realizar actividades complejas.
- e) Demencia temprana: el paciente requiere supervisión para sobrevivir. Aún conserva el conocimiento de muchos hechos. Su principal dificultad es para vestirse.
- f) Déficit severo: enteramente dependiente del cuidador para sobrevivir, aunque a veces puede olvidar su nombre; es inconsciente de los eventos recientes y experiencias de su vida; requiere asistencia para las actividades básicas; puede presentar incontinencia; puede tener alteraciones del comportamiento.

- g) Demencia severa: pérdida de todas las habilidades verbales: frecuentemente solo puede emitir gruñidos. Presenta incontinencia urianria y requiere asistencia total y permanente. Pérdida de las habilidades motoras básicas.

Hay una observación de gran importancia con respecto a los cambios cognoscitivos vinculados al envejecimiento: mientras algunas personas siguen presentando puntajes altos en las pruebas neuropsicológicas, otras muestran una caída acelerada comparándolas con personas de la misma edad. Estos puntajes altos corresponderían a lo que se conoce como “envejecimiento exitoso” (personas que aun en edades muy avanzadas presentan una ejecución apropiada en pruebas cognoscitivas y llevan una vida relativamente normal); a esta población es a la que denominaremos normal o sin algún tipo de deterioro y apuntaremos prevenir el deterioro mediante la estimulación cognitiva.

5.4 PERFIL DE CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

Actualmente en la ciudad de Neiva, funcionan aproximadamente 20 centros o instituciones destinados al cuidado del adulto mayor, registrados en la Cámara de Comercio como hogares geriátricos donde se brindan servicios de enfermería, guardería, servicio religioso, terapia física, terapia pasiva y ocupacional; servicio de recreación y esparcimiento.

Los Hogares Geriátricos están ubicados principalmente en la comuna dos, tres, seis, ocho y cuatro en la que más número de centros se encuentran ubicados.

Algunas instituciones visitadas (Anexo 1) cuentan con profesionales en el área de enfermería, nutrición, terapia física y ocupacional; pero la gran mayoría nunca están disponibles las 24 horas dentro de la institución, es de resaltar que ninguno de los sitios visitados cuentan con un profesional en psicología lo que muestra una gran debilidad en los servicios que prestan y en la necesidad de integrar estos profesionales del área de la salud, pues esta población representa una gran inestabilidad tanto en el ámbito social como psicológico.

En dos de las instituciones visitadas se ofrecen charlas de psicoeducación pero por practicantes de algunas universidades de la ciudad que cuando se terminan las labores académicas los usuarios quedan limitados de esta actividad.

Después de visitas realizadas a los sitios en mención, se logró comparar y observar que en el mayor número de instituciones en el momento los adultos mayores no estaban desarrollando alguna actividad, estaban siempre sentados la gran mayoría y una pequeña cantidad estaban desarrollando actividades con juegos de mesa; es de anotar que en el trato a la población se detecto apatía por el hecho de no implementar actividades al buen uso del tiempo libre.

Dentro de los recursos materiales observados en las instituciones, son generalmente mesas, sillas y camas donde los adultos mayores pueden realizar actividades como comer y allí mismo realizar talleres manuales o actividades lúdicas que ofrecen. No se observó ayudas necesarias para el cuidado de los adultos mayores en los lugares que mas frecuentan como por ejemplo; en los baños, no existía ningún pasamanos lo que podría prevenir muchas caídas a esta población, al contrario que si se encontró muchos obstáculos en los corredores como escalones, haciendo que exista más riesgo para ocasionar múltiples accidentes los cuales se podrían prevenir adecuando rampas para una fácil circulación.

Generalmente estos hogares están ubicados de tal manera que sus usuarios son sus mismos “vecinos”, adoptando un espacio sin ninguna preparación física para albergar este tipo de población. En estos hogares los recursos de los que se proveen para su funcionamiento es por un pago mensual que hacen las familias de los adultos mayores y en algunos casos estos mismos.

Además de estos sitios, destinados a atender las necesidades médicas y de alojamiento de la población en mención, existen centros especializados en el área asistencial registrados en Cámara de Comercio, que buscan el restablecimiento de la salud física. Son sitios que quedan distanciados de los hogares y en ocasiones de difícil acceso por sus costos y ubicación. Estos brindan atención en actividades de apoyo de terapia respiratoria, servicio de apoyo terapéutico a discapacitados: servicio de rehabilitación física integral, actividades de la practica medica, actividades de apoyo terapéutico, servicios profesionales nutricionista, dietista, prestación de servicios de rehabilitación, centro de servicio psicológico, servicios de masajes, terapia corporal y estética integral, prestación de servicios de salud domiciliarios, consulta promoción y capacitación en nutrición, servicio de esteticista y fisioterapeuta.

Así mismo, existen asociaciones que se caracterizan por ser privadas e independientes, que buscan la integración de los adultos mayores en actividades lúdicas y de esparcimiento. Como es el caso de la “asociación Años Maravillosos” vigilado por la personería jurídica N° 309 del 22 de agosto de 1996. Cuenta con 25 integrantes femeninas, entre los 60 y 85 años de edad, ubicado en la comuna 2, en el barrio las granjas.

Esta asociación es autofinanciable, con aportes mensuales que realizan sus integrantes. Entre sus actividades se destacan, el deporte dirigido por un profesor de educación física, recreación mensual “paseos fuera de la ciudad”, juegos de mesa y demás actividades auto dirigidas. En determinados días de la semana se toman la tensión y el peso, como actividades de prevención de la enfermedad.

Entre las debilidades encontradas en estas instituciones, se encontró la poca o escasa atención que le dan a temas de interés, que pueden generar conductas

deseables en adultos mayores, programas dedicados y destinados a informar y educar, preparando para el futuro al anciano y a su familia.

Entre estas necesidades se destacan las relacionadas con:

- ψ Aspectos sicoafectivos del envejecimiento
- ψ El ocio productivo
- ψ La soledad
- ψ Deterioro del cuerpo y la depresión
- ψ Factores de riesgo psicológicos, por accidentalidad y cardiovascular
- ψ Amor y sexualidad
- ψ Situación económica
- ψ Legislación en salud para el adulto mayor (derechos de los ancianos)
- ψ Nutrición
- ψ Religión
- ψ Salud oral
- ψ Enfermedades crónicas
- ψ Actividades ocupacionales
- ψ Ejercicios terapéuticos
- ψ Entre otros, teniendo en cuenta sus intereses y necesidades.

Teniendo en cuenta lo anterior, es de gran importancia tener en cuenta que al elaborar un programa, debe ser destinado a suplir necesidades de la población objetivo. Estas necesidades deben ser analizadas desde múltiples aspectos relacionados al ser humano en su integralidad.

6. DEFINICIÓN DEL PRODUCTO Y /O SERVICIO

6.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Este programa tiene como fin la intervención integral del adulto mayor en la ciudad de Neiva, el cual busca implementar acciones tendientes a mejorar la calidad de vida y a permitirles un envejecimiento digno, articulado con diferentes especialistas del área de la salud, que brindaran atención desde la perspectiva de la multidisciplinariedad.

Este programa está diseñado para que un año, se realice la intervención adecuada a cada adulto mayor y se pueda atender a la población total.

Consta de tres FASES, cada una con sus respectivas actividades que constituyen la base de la intervención, a saber:

FASE N°1: Reconocimiento y Diagnóstico inicial del adulto mayor

FASE N°2: Manejo del adulto mayor en el hogar “MANUAL PARA LA FAMILIA Y EL CUIDADOR PRINCIPAL”

FASE N°3: Valoración y estimulación cognitiva.

FASE N°4: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad- psicoeducación.

Objetivo Promover acciones que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y propiciar una cultura de envejecimiento digno, en un marco de integración social y familiar.

Equipo multidisciplinar Actualmente los servicios de atención al adulto mayor se han desarrollado a nivel hospitalario y posteriormente se han extendido a las consultas externas y a instituciones encargadas de atender las necesidades más próximas de la población. Para llevar a cabo una atención integral en el campo de la salud es preciso que en esa evolución se produzca una estrecha colaboración entre estos servicios, que aseguren una transferencia fácil de los pacientes entre el hospital y los servicios externos sanitarios y sociales.

La atención integral al adulto mayor está formada por un equipo multidisciplinar con representación de:

- ψ Medicina general
- ψ Psicología
- ψ Trabajo social
- ψ Nutrición

- ψ Enfermería
- ψ Fisioterapia

Descripción del servicio

El servicio será focalizado según el grado de compromiso de la población, para ello se dividió en tres grupos a los usuarios del servicio, a saber:

- ψ Ningún déficit cognitivo
- ψ Deterioro cognitivo
- ψ Demencias

Cada grupo de usuarios, recibirá la atención según el grupo en que sea clasificado previamente.

6.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

FASE N° 1: RECONOCIMIENTO Y DIAGNÓSTICO INICIAL DEL ADULTO MAYOR

Objetivo: Realizar una valoración interdisciplinar la cual permitirá decidir las líneas de actuación a seguir en cada caso.

El La intervención partirá de la elaboración de un plan de acción asistencial, individualizado para cada adulto que participe en el programa, en cada caso se especificará el diagnóstico y los resultados de la valoración médica, psicológica, social y funcional, así como sus necesidades particulares y las acciones inmediatas y futuras.

- ψ Con base en el diagnóstico inicial se definirá:
 - Los profesionales que realizarán la atención del adulto mayor
 - La periodicidad de las intervenciones
 - Los alcances del programa
 - El estado en el que se entrega al adulto mayor

Actividad 1: Reconocimiento

Se realiza la entrevista inicial con los familiares y el cuidador principal del usuario, con el fin de identificar las necesidades del paciente y las expectativas de la familia ante el tratamiento. El proceso estará a cargo del psicólogo, el cual diligenciará una ficha de ingreso al programa (ANEXO 2), que contiene los principales datos personales y familiares.

Actividad 2: Diagnóstico inicial del usuario

En este proceso se deben involucrar los profesionales de la salud que conforman el equipo multidisciplinar, psicología, trabajo social, nutrición, enfermería y

fisioterapia. Se atenderán a los usuarios, de manera global, la patología geriátrica, se debe identificar todos aspectos, estadios y variedad de trastornos cognitivos y no cognitivos.

Cada profesional debe realizar de manera individualizada y personalizada la anamnesis correspondiente a cada usuario, en la cual además de describir el estado actual del paciente se describirán las posibles intervenciones.

Actividad 3: Retroalimentación al paciente y a su núcleo familiar

Una vez realizado el reconocimiento y el diagnóstico, se procederá a retroalimentar a la familia, con el fin de dar información sobre el estado actual del paciente y las acciones a seguir. Este proceso se realizará por parte del psicólogo y el auxiliar de enfermería.

FASE N° 2: MANEJO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR “MANUAL PARA LA FAMILIA Y EL CUIDADOR PRINCIPAL”

Objetivo: sensibilizar e informar al cuidador principal y a la familia acerca del adecuado manejo de un adulto mayor en el lugar de residencia.

Actividad N° 1: Socializar la cartilla

“Manejo del adulto mayor en el hogar MANUAL PARA LA FAMILIA Y EL CUIDADOR PRINCIPAL”, con la familia, los cuidadores principales y demás personas que conformen el contexto sociocultural del adulto mayor.

TEMÁTICA RELACIONADA EN LA CARTILLA:

- Cap. 1 Definición: deterioro normal cognitivo y demencias
- Cap. 2 Signos de alarma
- Cap. 3 Cómo tratar al adulto mayor
- Cap. 4 Concepto de la juventud “ ser viejos es bueno”
- Cap. 5 Integración de los adultos mayores a la vida cotidiana
- Cap. 6 Dialogando con los ancianos
- Cap. 7 Ser dignos con una buena calidad de vida
- Cap. 8 Promoviendo la salud emocional
- Cap. 9 Cómo prevenir los principales problemas de salud
- Cap. 10 Guía para cuidadores
- Cap. 11 Cuidando al cuidador “apoyo y reconocimiento”
- Cap. 12 Reflexión “cuando sea viejo”

FASE N°3: VALORACIÓN Y ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Objetivo Establecer un plan de acción adecuado que incluya el trabajo del equipo multidisciplinar.

Conocer el estado cognitivo y funcional de los adultos mayores que solicitan el servicio.

Actividad N° 1: Valoración cognitiva

La valoración neuropsicológica (ANEXO 3) está compuesta por cuatro etapas: la primera incluye la conformación de la historia clínica y el establecimiento de un vínculo positivo (rapport) con el paciente y su familia. La segunda etapa está definida por la aplicación y calificación de las pruebas propiamente establecidas. La tercera y está marcada por el análisis de los resultados, la elaboración de un informe y la cuarta y última consiste en la devolución de los resultados a los pacientes y sus respectivas familias.

En las tres etapas anteriormente mencionadas se realiza observación que permita elaborar aproximaciones diagnósticas y corroborar los resultados encontrados en las pruebas neuropsicológicas.

Actividad N° 2: Estimulación cognitiva

Este servicio se brindará teniendo en cuenta la clasificación previamente mencionada; Ningún déficit cognitivo, deterioro cognitivo y demencias. Teniendo en cuenta el grado de escolaridad y de deterioro se clasificarán los ejercicios de estimulación.

- ψ A los pacientes que no están comprometidos cognitivamente, se les realiza la estimulación para prevenir su acelerada aparición.
- ψ Los que presenta algún grado de deterioro, se implementarán ejercicios de estimulación para retardar y minimizar su acelerado curso.

FASE N°4: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad psicoeducación

Objetivo Implementar un plan integral de atención en el marco de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud con un enfoque multidisciplinar

Las siguientes actividades se realizarán en forma de talleres y charlas lúdico participativas, buscando lograr un mayor aprendizaje en la población y un adecuado entorno de trabajo.

Actividad N°1: Modificaciones físicas, psíquicas y sociales

- ψ Aspectos sociafectivos del envejecimiento
- ψ El ocio productivo
- ψ Necesidad de educación al adulto mayor
- ψ La soledad
- ψ El deterioro del cuerpo y la depresión

Actividad N°2: Factores de riesgo

- ψ Psicológicas
- ψ Para accidentalidad
- ψ Cardiovascular

Actividad N° 3: Amor y sexualidad

- ψ Amor y sexo
- ψ Amor a los hijos
- ψ Amor por la pareja
- ψ Sexo
- ψ Volver a empezar
- ψ Privacidad e intimidad
- ψ Viudez
- ψ Separación o divorcio
- ψ Menopausia, mitos y tabúes
- ψ Amor así mismo

Actividad N°4: Aspectos económicos

- ψ Elaborando el testamento
- ψ Situación económico
- ψ Manejo de las finanzas

Actividad N°5: Legislación en salud

- ψ Derechos de los adultos mayores
- ψ Constitución política de Colombia
- ψ Ley 100
- ψ Ley 715
- ψ Deberes de los adultos mayores

Actividad N°6: Nutrición

- ψ La importancia de una dieta saludable
- ψ Alimentación balanceada
- ψ Aprendiendo a comer bien

Actividad N°7: Salud oral

- ψ Auto cuidado: higiene de prótesis
- ψ Como mantener una sana sonrisa

Actividad N°8: Mortalidades

- ψ Enfermedades crónicas
- ψ Patologías importantes

Actividad N°9: Competencias ocupacionales

1. Actividades culturales
2. Actividades recreativas
3. Ejercicios terapéuticas
4. Relajación e imaginería

7. COMPONENTE FINANCIERO

7.1 PRESUPUESTO DE INVERSIÓN:

ELEMENTOS DEL CONSULTORIO Y ÁREAS COMUNES	CANTIDAD	VALOR	TOTAL
Archivador	2	259.000	518.000
Camilla	1	500.000	500.000
Computador de mesa	1	750.000	750.000
Dvd	1	89.900	89.900
Equipo de órganos	1	35.000	35.000
Equipo de primeros auxilios	1	85.000	85.000
Escritorio	2	300.000	600.000
Fax	1	250.000	250.000
Folleto "manejo del Adulto mayor en el hogar"	500	5.000	2.500.000
Fonendoscopio	1	35.000	35.000
Implementos de oficina	1	2.160.000	2.160.000
Impresora	1	300.000	300.000
Impresora multifuncional	1	900.000	900.000
Juego de sala	1	1.200.000	1.200.000
Material publicitario	1.000	500	500.000
Mesas rimax	2	70.000	140.000
Mini componente	1	369.000	369.000
Papelería	1	2.000.000	2.000.000
Pesa	1	50.000	50.000
Sillas oficina	2	50.000	100.000
Sillas rimax	10	20.000	200.000
Tablero acrílico	1	200.000	200.000
Teléfono	1	139.000	139.000
Tensiómetro	1	180.000	180.000
Televisor 48 "	1	899.000	899.000
Total			14.699.900

7.2 GASTOS DE FUNCIONAMIENTO:

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	TOTAL
Servicios públicos	200.000	300.000
Arrendamiento lugar	350.000	900.000
TOTAL:		1.200.000

7.3 INTERVENCIÓN POR PACIENTE

Costo Anual

ACTIVIDAD	RECURSOS	CANTIDAD MENSUAL	COSTO	TOTAL MENSUAL	TOTAL ANUAL	OBSERVACIONES
valoración y estimulación cognitiva	psicóloga	4	15.000	60.000	720.000	4 veces por mes
Diagnóstico	Médico general	1	15.000	15.000	15.000	1 vez año, el primer mes
Promoción de la salud Prevención de la enfermedad	psicóloga	4	15.000	60.000	720.000	1 vez al mes
	nutricionista	1	15.000	15.000	30.000	2 veces al año
	Trabajadora social	1	15.000	15.000	180.000	1 vez el primer mes
Manejo de los usuarios	Fisioterapia	4	15.000	60.000	720.000	1 vez al mes
	Aux de enfermería	1	10.000	10.000	120.000	1 vez al mes
TOTAL				235.000	2.505.000	

8.CONCLUSIONES

- ψ El desarrollo de un programa para la atención integral del adulto mayor depende en gran medida de los recursos adecuados que se asignen para su implementación, tanto de los entes gubernamentales como de las instituciones privadas encargadas de esta población, puesto que se visualiza que la atención que se le ha prestado no es la acorde a sus necesidades ni a lo demandante del tratamiento.
- ψ Se evidencia que en las instituciones que prestan el servicio al Adulto mayor, se limitan hacia la parte de estancia y guardería, dejando de lado la asistencia terapéutica, la cual debe estar centrada en la intervención multidisciplinar, en donde el diálogo de saberes forme un pilar en las acciones tendientes a intervenir tanto la patología, como el mejoramiento en la calidad de vida de dicha población.
- ψ El desconocimiento, tanto de las personas del común como de algunos que laboran en los centros de atención al adulto mayor, frente a la demencia, ha ocasionado que se generalice la pérdida de memoria normal y patológica de ésta población y sea rotulada como demencia tipo Alzheimer, lo cual genera confusión en los familiares y en las mismas personas de la tercera edad, se considera que se debe realizar el diagnóstico diferencial de las demencias para así mismo brindar el tratamiento adecuado a cada caso.

9. RECOMENDACIONES

- ψ Se debería disponer de los adecuados recursos asignados por los entes gubernamentales y de política social local, que estipule la responsabilidad para la población mayor de 60 años de edad, particularmente se debe hacer referencia a convenios y criterios que permitan la transferencia de los pacientes a entidades dedicadas a la atención integral del adulto mayor y contar con los profesionales necesarios para implementar acciones acordes a su necesidad y demanda.

- ψ Se considera que de forma paralela, se podrá ofrecer el programa como un complemento a la asistencia que se brinda actualmente en los diferentes centros geriátricos, de la misma forma que se podría conjugar con la asistencia en las diferentes IPS, para que este sea un programa extensivo que no se quede en la población vulnerable atendida por la Alcaldía, sino que permee a la mayoría de la población senil de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

- ALCALDÍA DE NEIVA – SECRETARÍA DE SALUD. Perfil Epidemiológico de Neiva. Neiva, Lito Central, 2008
- AMARISTA, F.J. Demencia. Gaceta Médica de Caracas, v. 110 n.3. Venezuela, 2002.
- ARANGO LOPERA, Victoria Eugenia, JACQUIER, Martine y CANO GUTIERREZ, Carlos. Escalas Funcionales de la Vida Diaria Versus MMSE (Minimental) en la Detección Temprana de la Demencia Tipo Alzheimer. Influencia del Genotipo APOE. Pontificia universidad Javeriana.
- ARDILA, A. y ROSSELLI, M. Neuropsicología Clínica. México. El Manual Moderno, 2007
- BERTOLOTE, J.M. Ayuda para cuidadores de personas con demencia. Division of Mental Health World Health Organization. Switzerland. 1994
- CORNACHIONE LARRÍNAGA, M.A. URRUTIA A. Ferragut L.C. Guía para el cuidado de ancianos con problemas. Primera Ed. Córdoba: Brujas, 2005
- DAVIS. Robert, MASSMAN. Paul y DOODY. Rachele. Cognitive Intervention in Alzheimer Disease: A Randomized Placebo-Controlled Study. Houston. 2001.
- ESTEVE. M y ROCA. J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. Barcelona. Unidad de medicina preventiva. 1996.
- HERRERA, J.A. VARGAS, J.L. Manual de Exámen Neuropsicológico de la Demencia. Primera Ed. USA: Centro de Artes Gráficas, 2007
- INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD. Guía para quienes cuidan personas con enfermedad de Alzheimer. USA. NIH, 2006.
- LÓPEZ, POUSA; SERRA, MESTRES; LOZANO, M. Programa integral de atención psicogeriátrica. Girona – España: Revneurolog, 2000.
- MARKS, D.F. MURRAY, M. Evans, B. WILLIG C. WOODALL, C. SYKES, C. M. Psicología de la Salud. Teoría, Investigación y Práctica. México: El Manual Moderno, 2008.

Proyecciones de Población. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2006-2020 DANE, 2007

RODRIGUEZ, MARIN. Jesus; PASTOR. Maria de Los Angeles. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. España, Psicothema, 1993

ANEXOS

Anexo A Visitas a hogares geriátricos

VISITAS A HOGARES GERIÁTRICOS					
Nombre	"MI QUERIDO VIEJO" HG1	"LA ALEGRÍA DE LOS ABUELOS" HG2	PARAISO DE LOS ABUELOS "HOGAR DE ANCIANOS SAN MATÍAS" HG3	HOGAR GERIÁTRICO "MI QUERIDA ABUELA"	HOGAR GERIÁTRICO MI TERCERA PRIMAVERA
Estrato	2	3	2	3	3
Mensualidad	Hab sola: \$800.000 Hab compartida: \$650.000	Hab sola: \$800.000 Hab compartida: \$700.000	No hay mensualidad	\$ 600.000	500 mil sin pañales y 600 mil integral
Incluye la mensualidad	Habitación, arreglo de ropa, enfermería 24h, alimentación	Habitación, arreglo de ropa, enfermería 24h, alimentación	Convenio con la Cruz Roja Colombiana y la Secretaría de Salud Departamental.	Arriendo, alimentación y aseo	Enfermera las 24 horas
Alimentación	Tres comidas + dos refrigerios diarios				
No. De A.M que atienden	8/15	24/30		11/13	20
Carácter de la Institución	Privado	Privado	Público	privado	Privado
Servicios q ofrecen	Enfermería, Gerontología, Religión, terapia física, terapia ocupacional, asistencia médica	Enfermería, guardería por días u horas, terapia física, terapia ocupacional.	Población indigente, en condición de desplazamiento.	Estancia	

Personal: Profesionales(pf), Técnico(tc), otro	2 enfermeras	2 enfermeras, 2 aseo y ropa		Enfermera, aux gerontología, 1 empleada	El personal encargado del cuidado y manejo de los ancianos está a cargo de practicantes de algunas instituciones educativas
Actividades q realizan		Terapia ocupacional;practicantes		De esparcimiento	Terapias de destreza y afinidad
Otras observaciones:	Mixto	Mixto/Chequeo médico gral al mes	No se recibe la información necesaria	Se reciben solo mujeres y personas que no se les deba realizar manejo hospitalario	

ANEXO B Ficha de ingreso al programa

INGRESO AL PROGRAMA

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

N° DE IDENTIFICACIÓN: _____ EXPEDIDA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

SEGURIDAD SOCIAL: _____

SUBSIDIADA: _____ CONTRIBUTIVO: _____

COTIZANTE: _____ BENEFICIARIO: _____ PENSIONADO: _____

EMPLEADO: _____

OTROS: _____ CUAL?: _____

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

TELÉFONOS: _____ ESTRATO: _____

MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE:

NOMBRE	APELLIDOS	ED AD	PARENTE SCO	OCUPACI ÓN	NIVEL ESCOLARIDAD

ANEXO C Informe de evaluación neuropsicológico

INFORME DE EVALUACIÓN

1. Datos Personales:

Nombres: _____ Apellidos: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Lugar de nacimiento: _____
Número de identificación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Estado Civil: _____
Grado de escolaridad: _____
Fecha de evaluación: _____

2. Motivo de consulta:

3. Entrevista Clínica:

3.1 Condición actual

3.2 Historia Médica

Antecedentes

Medicamentos

3.3 Antecedentes personales

3.4 Desempeño Cotidiano

3.5 Ayudas Diagnósticas

4. Evaluación Neuropsicológica

Resultados

Estado de Conciencia y Orientación

Atención y Control Mental

Memoria

Lenguaje

Praxias

Gnosias visuales

Función Ejecutiva

Escala de Funciones y/o Adaptativas

Hallazgos en escalas funcionales y/o Adaptativas

Conclusiones e impresión diagnóstica

Recomendaciones