

10624
17 0624

T.O.4
2019

**IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE ATENCION A LA TERCERA EDAD
EN EL CAA CENTRAL DEL SEGURO SOCIAL**

**SONIA CASTAÑEDA RONCANCIO
EULALIA GÓMEZ DE SUPELANO
ELSA RUTH POVEDA MONTES
CAMILA FRANCESCONI RAMOS
JOSÉ MARÍA OROZCO MANJARRES
JAVIER MANCERA GARCÍA**

**Tesis para optar al título de
Gerencia de Instituciones de Salud y
Seguridad Social**

**Directora
DRA. NOHORA AYDEE RAMIREZ**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACION AVANZADA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES
DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.
1997**

Aceptación:

DIRECTORA

DRA. NOHORA AIDEE RAMIREZ
Socióloga - Antropóloga

Fecha

APROBACION INSTITUCIONAL

TESIS O APROBADA

 O APROBADA CON MENCIÓN HONORÍFICA

 O LAUREADA

COORDINADOR PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE
INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

DR. EDUARDO ARIAS

Fecha

COORDINADOR DE INVESTIGACIONES PARA EL POSTGRADO EN
GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

DRA NOHORA AIDEE RAMÍREZ

Fecha

DIRECTOR DEL ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA

DR. MIGUEL JOSE GALLO ARBELAEZ

Fecha

DECANO

DR. JORGE HERNANDO ARANGO MEJÍA

Fecha

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Nohora Aidee Ramírez, por toda su colaboración en la realización de este proyecto.

Al personal del Instituto de los Seguros Sociales, CAA Central, que siempre nos colaboró y sin cuyo apoyo este trabajo no hubiera sido posible. En especial:

A las trabajadoras Sociales: Ana Cécilia Torres, Sandra Ríos y Lucero León.

A la Nutricionista Claudia Perdomo.

A la Terapeuta Ocupacional Rosalba Bobadilla.

TABLA DE CONTENIDO

	pag
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES	3
2.1 ANTECEDENTES LEGALES	5
2.2 ANTECEDENTES EN EL SEGURO SOCIAL	17
2.2.1 Revalorización y protección de la vejez	23
2.2.2 Programa de Salud Integral para la Tercera Edad	24
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4. JUSTIFICACION	30
5. OBJETIVOS	32
5.1 OBJETIVO GENERAL	32
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	32
6. MARCO CONCEPTUAL	34
6.1 QUE ES EL ENVEJECIMIENTO?	34
6.2 FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	41

6.3	EL PAPEL DE LA FAMILIA	42
6.4	TRABAJO Y JUBILACION	44
6.5	PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD	46
6.6	EL APRENDIZAJE	48
6.7	ACTITUDES	49
6.8	EL EJERCICIO	55
6.9	TIEMPO LIBRE Y OCIO	59
7.	DISEÑO Y METODO	61
7.1	TIPO DE INVESTIGACION	61
7.2	PROCEDIMIENTO	61
7.3	MUESTRA	64
7.4	TALLER EDUCATIVO PARA LOS USUARIOS DE LA TERCERA EDAD	65
7.4.1	Area Jurídica	66
7.4.2	Area de Terapia Física	70
7.4.3	Area de Odontología	72
7.4.4	Area de Psicología	73
7.4.5	Area de Trabajo Social	84
7.4.6	Area de Terapia Ocupacional	89
7.4.7	Area de Nutrición	91
7.4.8	Area de Medicina	94

8.	ANALISIS DE RESULTADOS	101
8.1	ANALISIS DEL PERFIL DE LA MUESTRA	102
8.1.1	Tipos de vinculación	102
8.1.2	Perfil demográfico	102
8.1.3	Perfil epidemiológico por causas de consulta externa	103
8.2	ANALISIS DEL PERFIL DE LA SUBMUESTRA	104
8.2.1	Perfil demográfico	104
8.2.2	Tipos de vinculación	105
8.2.3	Perfil de salud de la submuestra	105
8.2.3.1	Salud Oral	105
8.2.3.2	Fisioterapia	108
8.2.3.3	Perfil de la evaluación médica	109
8.2.3.4	Perfil psicológico	110
8.3	ANALISIS DE LA ACTIVIDAD DE LOS TALLERES	112
9.	PROPUESTA Y CONCLUSION	118
9.1	ESTRATEGIAS PARA LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA EN LOS CAA	118
9.2	PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES	120
9.3	CONCLUSIONES	122

GLOSARIO

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A. DERECHO A LA VEJEZ

ANEXO B. CUESTIONARIOS

ANEXO C. TABLAS

ANEXO D. GRAFICAS

LISTADO DE GRAFICAS

No. 1: Composición de usuarios según tipo de vinculación.

No. 2: Composición de usuarios según sexo.

No. 3: Composición de usuarios según rangos de edades.

No. 4: Diez primeras causas de consulta.

No. 5: Submuestra de la población según sexo.

No. 6: Submuestra de la población según edades.

No. 7 : Submuestra de la población según grado de educación.

No. 8 : Submuestra según tipo de afiliación.

No. 9 : Perfil salud oral .

No. 10: Fisioterapia perfil de la submuestra.

No. 11: Medicina perfil de la submuestra.

No. 12: Psicología, perfil de la submuestra.

No. 13 : Histograma de frecuencias de los puntajes obtenidos en el cuestionario
antes del primer taller.

No. 14: Histograma de frecuencias de los puntajes obtenidos en el cuestionario
después del primer taller.

No. 15: Histograma de frecuencias de los puntajes obtenidos en el cuestionario,
antes del segundo y tercer taller.

No. 16 : Histograma de frecuencias de los puntajes obtenidos en el cuestionario
después del 2o. y 3o. taller.

No. 17 : Polígono de frecuencias comparativo de los cuestionarios inicial y final
del primer taller.

No. 18 : Polígono de frecuencias comparativo de los cuestionarios inicial y final
del segundo y tercer taller.

1. INTRODUCCIÓN

La ley 100 de 1993, establece la obligatoriedad de desarrollar la prestación de servicios de salud integral para la tercera edad en todas las Entidades Promotoras de Salud, ello como parte del Plan Obligatorio de Salud que debe ofrecerse a los usuarios.

Para el Seguro Social es fundamental se implemente este programa con el nuevo esquema establecido por la reforma a la seguridad social. Por consiguiente en desarrollo de los estudios de postgrado en Gerencia de Instituciones de Salud y Seguridad Social, se presenta una oportunidad para reflexionar sobre el problema, analizarlo y proponer soluciones mediante el planteamiento de un programa prototipo, que una vez instrumentado y ajustado en una célula del Seguro Social, (CAA Central), permita llevarlo como modelo a todos los niveles operativos del país.

Teniendo como base hechos históricos y de la realidad social y geográfica en la cual se encuentra el proyecto, se pretende proponer soluciones prácticas que satisfagan las

necesidades del usuario de la tercera edad y dentro de las limitaciones que tiene el Seguro Social.

A partir de la evaluación de la muestra desde el punto de vista biológico y síquico, se desarrolla una actividad educativa, con la metodología de talleres, tendientes a aportar información y mejorar los niveles del conocimiento hacia la obtención de una mejor calidad de vida.

2. ANTECEDENTES

En el mundo ha existido un considerable aumento de la expectativa de vida al nacer en los últimos 200 años. Este hecho tiene que ver con un descenso en la mortalidad (salud pública y medicina curativa más eficaz). Este aumento de la vida media afecta más a los jóvenes que a los viejos, pues ellos son los que tienen más chance de sobrevivir¹. Los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud llegan muchas veces tarde a los viejos o llegan a los que ya sobrevivieron.

El desarrollo tecnológico ha mejorado la calidad de vida de un grupo de la población en el mundo, pero no así de todos en el planeta, se trata de un desarrollo desigual. Pero en el momento de mirar estadísticas globales, esta realidad se esconde, la volvemos a encontrar al disgregar los datos. Ahora bien, el descenso de la mortalidad contribuye al proceso de acumulación de personas mayores de 60 años. Pero este hecho es un indicador colectivo, diferente a la longevidad individual que tiene determinantes sociales, económicos, políticos, familiares; se evidencia que los habitantes del planeta y

de cada país compartimos una expectativa de vida determinada, pero a nivel individual se presentan variaciones en todo sentido (mayor o menor). Si miramos la pirámide poblacional se observa que la variación de ésta, tiene que ver con dos factores: el descenso de las tasas de mortalidad y de fecundidad, las cuales tendrán mayor o menor peso dependiendo de las características del país que se están analizando.

Según cifras suministradas por los estudios de población, el promedio de vida en Colombia está en los 70 años². Pero se detecta, se alcanzan edades aún mayores dependiendo de la situación del grupo social en la cual se ubica el individuo. En algunos casos, como en las comunas nororientales de Medellín, la situación de violencia determinaba que los jóvenes no tuvieran una esperanza de vida mayor a los 25 años³.

De todas maneras se presupone que la población mayor de sesenta años ha venido aumentando en el país y que este ascenso continuará. En Bogotá la cifra es de 305.286, según el censo de población de 1.993.

Se estima que en el Seguro Social la población, a nivel nacional mayor de 60 años asegurada en salud para 1995 era de 595.699⁴. Estos pueden ser pensionados, jubilados o afiliados como trabajadores dependientes o independientes. La población afiliada como beneficiaria aún no está claramente determinada.

¹ SAN MARTÍN Hernán y Vicente PASTOR. **Epidemiología de la vejez**. Editorial McGraw Hill, primera edición. 1.990.

² SEGURO SOCIAL. **Programa de Prevención y Promoción**. 1996.

³ SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL. **Diagnóstico Social de Medellín**. 1996.

⁴ SEGURO SOCIAL. **Plan de Salud**. 1996.

2.1 ANTECEDENTES LEGALES

La Asistencia Pública generó una serie de normas como la Ley 29 de septiembre 25 de 1975 y su Decreto reglamentario 2011 de septiembre 24 de 1976 que establecen, por primera vez, la protección a la ancianidad, con la creación del Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida, para proteger a los viejos en albergues (ancianatos); y el establecimiento del Consejo Nacional del Anciano como entidad asesora del Ministerio de Salud. La ley 12 de 1986 sobre descentralización administrativa que incluye entre las funciones de los municipios la construcción de ancianatos; y el decreto 81 de 1987 que asigna nuevas funciones al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, relativas a la atención nutricional de los ancianos.⁵

La Ley 10 de enero 10 de 1990, determina que la salud es un servicio público prestado por el Estado en asocio con las entidades debidamente autorizadas para la prestación de éstos servicios. Así mismo establece los principios básicos de universalidad, eficacia, eficiencia, participación ciudadana, comunitaria, subsidiariedad y complementariedad.

La Constitución Nacional establece la necesidad de reorientar el sistema de seguridad social. En el artículo 46, dice que los beneficiarios de la Tercera Edad deberán recibir

protección y asistencia por parte del Estado, la Sociedad y la Familia, los cuales deberán promover su integración a la vida activa y comunitaria. En consecuencia, la Institución deberá brindar no sólo una atención integral a éste grupo para mejorar sus condiciones de salud, sino que realizará un trabajo de preparación para la vejez.

Así mismo la prestación de servicios de Salud, fue considerada por el Estado colombiano, a partir de la Constitución Política de 1991 que estableció en los Artículos 48 y 49 la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. La atención de la Salud y el Saneamiento Ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, quien garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de prevención, promoción, protección y recuperación de la salud; en razón a la normatividad Constitucional corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y el saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, además debe establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Mediante la Ley 100 de 1993, se promulgó el Sistema General de Seguridad Social Integral, con esta Ley, el Estado le permite a los individuos protegerse contra todos los riesgos durante toda su existencia, con un mínimo de condiciones adecuadas de

⁵ ECHEVERRY ANGEL LIGIA. **Familia y Vejez. Realidad y perspectivas en Colombia.** Segunda edición. Tercer Mundo Editores. 1994.

subsistencia y con un máximo de condiciones de tal manera que se pueda garantizar a todos los colombianos.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud, en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la Ley 100 de 1993 y la Ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de Salud Pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente en la Ley 9a. de 1979 y la Ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley. Finalmente el artículo 262 de la Ley 100/93, contempla la prestación de los servicios sociales complementarios para la tercera edad a cargo del Estado Colombiano, mediante sus autoridades y entidades, con la participación de la comunidad y organizaciones no gubernamentales prestarán servicios sociales para la tercera edad en materia de cultura, recreación y turismo. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social promoverá la inclusión dentro de los programas regulares de bienestar social de las entidades públicas de carácter Nacional y del sector Privado en componente de preparación a la jubilación.

Es así, como en los planes locales de Servicios Complementarios la Ley 100/93, exige a los Municipios y Distritos garantizar la infraestructura necesaria para la atención de los ancianos indigentes y la elaboración de un plan municipal de servicios complementarios para la tercera edad como parte integral del plan de desarrollo municipal y distrital, y en tal virtud se inició con un grupo de la tercera edad afiliada como beneficiaria ó pensionada al Seguro Social.

En el régimen de la medicina clásica solo se prestaba el servicio de salud al afiliado, su cónyuge y al hijo de esa unión, siempre que fuera menor de un año de nacido. Con la Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social y se dio la cobertura familiar (Art.162), el Plan de Salud Obligatorio de Salud cubrirá el (ó la) cónyuge ó el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a dos años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero ó compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

El Sistema General de Seguridad de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Para los afiliados cotizantes según las normas del Régimen Contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será contemplado por el Decreto Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales con su presentación genérica. Para los beneficiarios de la familia del cotizante el Plan Obligatorio de Salud, será similar al anterior pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del Artículo 187 de la Ley 100/93. Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio de Salud del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. En el régimen subsidiado, no se podrá establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. Las Instituciones Prestadoras

de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantías en Salud.

Consecuente con la responsabilidad de la Salud el Estado a través de la Ley 100/93, artículo 153, señala unos fundamentos para los servicios públicos, entre los cuales se debe resaltar el principio de Equidad: por medio del cual el Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa. Para brindar una protección integral en la atención en salud a la población nacional el Estado interviene en el servicio público de seguridad social en salud de conformidad con la competencia que le señala la Ley 100/93 en concordancia con la Constitución Política de Colombia, buscando principalmente: Asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia; lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país; establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria en los términos que establece la Ley 100/93.

De lo expuesto anteriormente, se deduce que al decir taxativamente para TODOS LOS HABITANTES DE COLOMBIA, están incluidos los ancianos, máxime cuando en esta etapa de la vida se manifiesta el deterioro natural del organismo.

Luego, en concordancia con los artículos 257 al 263 de la mencionada Ley establece un programa de auxilios para los ancianos indigentes y Servicios Complementarios para la tercera edad, y es así como el libro cuarto de la Nueva Ley de Seguridad Social dispone que el programa para las ancianos tendrá por objeto apoyar económicamente y hasta el 50% del salario mínimo legal vigente, a las personas que cumplan las condiciones señaladas en el Artículo 257:

“ Ser colombiano. Llegar a una edad de sesenta y cinco años o más. Residir durante los últimos diez años en el territorio Nacional. Carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia. Residir en una Institución sin ánimo de lucro para la atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales y que no dependan económicamente de persona alguna. El programa se financiará con los recursos del Presupuesto General de la Nación que el Conpes destine para ello anualmente, y con los recursos que para tal efecto puedan destinar los departamentos, distritos y municipios”.

El propósito es lograr que los ancianos cualquiera que sea su condición, pero de manera especial los que están en absoluta pobreza tengan un nivel de vida más digno, una calidad de vida acorde con las limitaciones que le determina la edad.

En la Ley 60 de 1993, literal c, numeral 2, artículo 2º se establece la competencia de los municipios para las inversiones en dotación básica, la construcción y mantenimiento integral de los centros de bienestar del anciano. Así mismo, esta ley en sus numerales 2 y 7, artículo 21 establece dentro de la participación de los sectores sociales los programas de la tercera edad y clasifica, en primer lugar, a la tercera edad como grupo vulnerable con necesidades básicas insatisfechas para el desarrollo de planes, programas y proyectos de bienestar social integral.

El nuevo modelo de atención que se desprende de la Ley 100 y sus Decretos reglamentarios, coloca como puntos básicos la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como pilares de la atención en el aspecto de salud del sistema de seguridad social.

Para ello, estableció unos recursos con destinación exclusiva a estos programas, los cuales deben ser ejecutados de acuerdo al programa presentado y aprobado por las Entidades Promotoras de Salud al Ministerio de Salud.

A continuación se explica el Sistema General de Pensiones, toda vez que la pensión por vejez ha tenido una evolución jurídica y en el grupo de población con el cual se trabajó existen una gran cantidad de pensionados trátese de vejez, invalidez ó sobrevivientes.

El Artículo 259 del Código Sustantivo del Trabajo en el Capítulo de Prestaciones Especiales Patronales establece: "Los patronos ó empresarios que se determinan en el presente título deben pagar a los trabajadores, además de las prestaciones comunes, las especiales que aquí se establecen y conforme a la reglamentación de cada una de ellas en su respectivo capítulo.

Las pensiones de jubilación, el auxilio de invalidez y el seguro de vida colectivo obligatorio dejarán de estar a cargo de los patronos cuando el riesgo correspondiente sea asumido por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, de acuerdo con la Ley y dentro de los reglamentos que dicte el mismo Instituto.

Para ello el artículo 260 C.S.T. establece el derecho a la pensión de jubilación que reza:

1. "Todo trabajador que preste sus servicios a una misma empresa de capital de \$800.000, o superior, que llegue o haya llegado a los 55 años de edad, si es varón, ó a los 50 años si es mujer, después de 20 años de servicios continuos o discontinuos, anteriores

o posteriores a la vigencia de este Código, tiene derecho a una pensión mensual vitalicia de jubilación ó pensión de vejez equivalente al 75% del promedio de los salarios devengados en el último año de servicios.

2. El trabajador que se retire o sea retirado del servicio sin haber cumplido la edad expresada , tiene derecho a la pensión al llegar a dicha edad, siempre que haya cumplido el requisito de los 20 años de servicio.

Como puede observarse, desde el 1o. de Enero de 1951, fecha en que entró en vigencia el Código Sustantivo del Trabajo (C.S.T.) la situación del anciano se pensó como una simple expectativa de un derecho, el cual se consolidaría con el cumplimiento de la edad y en este momento el derecho nace a la vida jurídica al cumplirse los dos requisitos.

Teniendo en cuenta que la ancianidad es el último período de la vida ordinaria del hombre la importancia del concepto no es solo biológica, sino también social y jurídica, porque los ancianos pueden representar un problema para la sociedad y a veces para la familia, ya sea en el aspecto social ó económico. Para eliminarlo ó para atenuarlo se ha establecido en el C.S.T. el régimen jubilatorio para reconocer beneficios prevencionales en cierto modo privilegiados para las personas de edad avanzada.

Determinar la edad en que empieza la ancianidad representa un problema tan dificultoso como el de fijar cuando empieza fisiológicamente la pubertad o cuando se adquiere la adultez; porque en ello influyen condiciones individuales y porque los diarios progresos de las ciencias médicas impiden aplicar en un determinado período lo que era una realidad en el día anterior.

En este orden de ideas, la jubilación ha sido un régimen establecido en nuestra legislación a efectos de que todos los trabajadores, o todos los ciudadanos (según la Ley 100 de 1993) al llegar a una edad determinada y variable, en que se supone que no pueden trabajar o que han cumplido su deber social en la materia o cuando sin llegar a esa edad se invalidan para el trabajo, disfruten de una renta vitalicia (también variable de acuerdo a su ingreso base de cotización) que les permita atender sus necesidades vitales.

Antes de la nueva Ley de Seguridad Social (ley 100/93) se limitaba este derecho de jubilación solamente para los trabajadores dependientes y no para los que trabajaban por su propia cuenta en la actualidad el anciano que durante su vida laboral haya sido un trabajador independiente, ó que haya cotizado al Sistema, podrá pensionarse siempre y cuando se haya afiliado a una entidad de Seguridad Social al Sistema General de Pensiones y haya pagado los aportes respectivos.

La pensión es una cantidad periódica (mensual) la cual se asigna a una persona y para tal fin se requiere que haya hecho unas contribuciones previas y así tener un derecho legalmente establecido, o sea que las pensiones son las que se forman mediante aportes de los trabajadores y sus empleadores y en algunas oportunidades con aportaciones del Estado, para el nuevo Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida, con los bonos pensionales, en sí es el ahorro de toda su vida que haya hecho el trabajador.

La Ley 100 de 1993 mediante su Artículo 25 creó el fondo de Solidaridad Pensional, como una cuenta especial de la Nación. Su personería jurídica está adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Este fondo tiene como recursos los siguientes:

- a) La cotización adicional del 1% sobre el salario, a cargo de los afiliados al Régimen General de Pensiones cuya base de cotización sea igual o superior a cuatro (4) salarios mínimos vigentes.
- b) Los aportes del presupuesto Nacional. Estos no podrán ser inferiores a los obtenidos anualmente por este concepto.
- c) Los recursos que aporten las entidades territoriales para planes de extensión de

cobertura en sus respectivos territorios o de agremiaciones o federaciones para su afiliados.

d) Las donaciones que reciba los rendimientos financieros de sus excedentes de liquidez y en general los demás recursos que reciban a cualquier título.

e) Las multas

Por último al Pensionado se le descuenta el 12% de la mesada pensional con destino al Sistema General de Salud, cuyo descuento tiene por objeto la prestación del Plan Obligatorio de Salud para él y su núcleo familiar.

Al analizar la evolución de éste régimen jurídico se observa que no obstante la filosofía de la Ley 100 de 1993 es favorecer al anciano, aún no se ha cumplido en su totalidad en lo que tiene que ver con estas personas de la tercera edad, ya que se ha aumentado tanto las cotizaciones como la edad, para tener derecho a la pensión.

2.2 ANTECEDENTES EN EL SEGURO SOCIAL

La Ley 90 de 1946, establece en Colombia los Seguros Sociales obligatorios y crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. El 26 de septiembre de 1949, el

Instituto inicia la prestación de servicios de salud, cobijando los riesgos de enfermedad general y maternidad, Decreto 770 de 1975.

El Decreto 3041 de 1966, establece el seguro para invalidez, vejez y muerte, pero hasta el 19 de enero de 1967 el Instituto llama a inscripción para este nuevo seguro de pensiones en la ciudad de Bogotá.

A medida que evolucionó el régimen jurídico pensional se fué aumentando el tiempo de cotizaciones para que el trabajador tuviera derecho a una pensión, en la misma forma la edad y es así como, en cuanto se refiere a la pensión de vejez ha sufrido las siguientes modificaciones:

- El Acuerdo No. 161 de 1964 establecía en su Artículo 78 para los asegurados nacidos 50 años hacia atrás y para las aseguradas nacidas 45 años antes, de la vigencia del acuerdo.
- Posteriormente, el Artículo 11 dispone 500 semanas y 60 años de edad para el varón y 55 años para la mujer, Acuerdo 224 de 1996, aprobado por el Decreto reglamentario No. 3041 del mismo año.

- Luego fué modificado por el Artículo 10. del Acuerdo 016 de junio 23 de 1983 aprobado por el Decreto 1900 de julio 6 de 1983, el cual establece que éstas 500 semanas de cotización deben ser pagadas durante los últimos 20 años anteriores a la fecha de solicitud y tener la edad exigida (55 la mujer ó 60 el varón) ó haber acreditado un número de un mil semanas de cotización sufragadas en cualquier tiempo.

- El Acuerdo 029 de 1985 aprobado por el Decreto 2879 de 1985 modifica parcialmente el reglamento del Seguro Social obligatorio de invalidez, vejez y muerte.

- El Acuerdo No. 049 de 1990 aprobado por el Decreto 758 de 1990 en su artículo 12 señala como requisitos para tener derecho a la pensión de vejez: Tener un mínimo de 500 semanas de cotización pagadas durante los últimos veinte (20) años anteriores al cumplimiento de las edades mínimas (55 mujer y 60 varón) ó haber acreditado un número de un mil semanas de cotización, sufragadas en cualquier tiempo.

Además de la pensión mensual de vejez se cancelaban unos incrementos así.

- a) En el 7% sobre la pensión mínima por cada uno de los hijos ó hijas menores de 16 años, ó de 18 años, si eran estudiantes ó inválidos de cualquier edad, que dependieran económicamente del pensionado.

b) En el 14% sobre la pensión mínima para el cónyuge del beneficiario, siempre que éste no disfrute de una pensión de invalidez ó vejez.

Los incrementos mensuales de las pensiones de invalidez o de vejez por estos conceptos no podrán exceder el porcentaje máximo del cuarenta y dos por ciento (42%) sobre la pensión mínima.

Los incrementos mensuales de que trata este artículo, no forman parte integral de la pensión mensual de invalidez o de vejez que reconoce el Instituto de Seguros Sociales, derogado por la Ley 100 de 1993, es decir, que ya no se pagan incrementos.

Finalmente, la nueva Ley 100 de 1993 de Seguridad Social, en su Artículo 33 preceptúa como requisitos para obtener la pensión de vejez un mil (1000) semanas cotizadas en cualquier tiempo y haber cumplido 55 años de edad si es mujer ó sesenta (60) años de edad si es hombre haciendo la salvedad en el párrafo 4o. de que a partir del 1o. de enero del año 2014, las edades para acceder a la pensión de vejez se reajustarán a cincuenta y siete (57) años si es mujer y sesenta y dos (62), si es hombre.

Con respecto a los servicios sociales complementarios, el Seguro Social desarrolló un programa basado en el Acuerdo 011 de 1.981, mediante el cual se reglamentó un Fondo de Servicios Sociales Complementarios, tendiente a mejorar las condiciones

de vida de los pensionados de la institución, en especial orientado a la atención de situaciones de abandono, soledad y desprotección.

Posteriormente, mediante Acuerdo 048 del 2 de mayo de 1.985, se establece una estructura funcional para la administración de la prestación de estos servicios. A través del Acuerdo 070 del 9 de marzo de 1.989 se ampliaron los beneficios de los programas y se estableció la extensión a las personas que devengaran una pensión por el riesgo de invalidez, vejez y muerte y que reunieran los siguientes requisitos: Cónyuges supérstites mayores de 55 años; cónyuges supérstites inválidos de cualquier edad.

Estos programas estaban administrados por el nivel departamental y se desarrollaban con un equipo conformado por funcionarios de diferentes disciplinas y áreas.

Uno de los programas que se ha venido desarrollando y aún se mantiene es el *Programa de preparación para el retiro laboral del prepensionado del Seguro Social*. Este programa pretende generar una toma de conciencia sobre la situación de retiro y las consecuencias futuras del mismo en su vida económica, social, familiar y laboral entre otras, evitando al máximo que la jubilación se convierta en una experiencia negativa que le impida un adecuado proceso de adaptación positiva a su nuevo medio social.

El otro programa que se venía desarrollando es el de *capacitación, recreación y productividad para los pensionados*. Para ello se conformaron las llamadas *Casas del Pensionado*, las cuales fueron sustituidas en gran medida por contratos con Cajas de Compensación Familiar para el desarrollo de estas actividades. En el último período, antes de la reforma de la seguridad social, se establecieron contratos para la evaluación bio-sico-social de los pensionados.

La creación del nuevo sistema de seguridad social en Colombia hizo necesaria la modificación de este tipo de programas, debido a la baja cobertura de los mismos y al cambio de orientación del sistema.

Con la descentralización administrativa que viene implementando la institución y el desarrollo de un modelo de salud soportado en la promoción y la prevención, se abrió paso al planteamiento de un programa con un enfoque diferente el cual conserva como punto de encuentro, la intención de mejorar la calidad de vida de estos usuarios.

El Plan de Promoción y Prevención del Seguro Social fue aprobado por el Ministerio de Salud, en el año de 1996. En los niveles operativos se está trabajando en la adecuación e implementación de los proyectos que lo conforman.

En este marco, el plan del Seguro Social en relación con la promoción de la salud, incluye entre otras las siguientes líneas de acción:⁶

Ser líder en:

- *La revalorización y protección de la vejez.*
- *Salud integral de la tercera edad.*

2.2.1 Revalorización y protección de la vejez

En cuanto a éste punto, se puede resumir el planteamiento diciendo que si la soledad, el aislamiento y los sentimientos de inutilidad en los viejos son fuente de malestar y enfermedad, la participación en actividades que planteen nuevos retos tales como, uso productivo del tiempo disponible y sentido de pertenencia, entre otros, mejora la calidad de vida en este grupo.

Al tener en cuenta el volumen de la población de la tercera edad, el Instituto debe considerar la conveniencia de asumir un compromiso en favor del bienestar de esta población, aunar esfuerzos con las instituciones públicas y privadas que realizan actividades en favor de la tercera edad y liderar otras acciones intersectoriales e

⁶ SEGURO SOCIAL, **Plan de promoción y prevención**. 1996.

interinstitucionales en ese sentido. Esta decisión permitirá identificar a la entidad con un proyecto de gran envergadura, de impacto nacional y con un compromiso social propio de su misión y su carácter público.

2.2.2 Programa de salud integral para la tercera edad

La población de la tercera edad en creciente aumento en el país, está sometida al proceso biológico de envejecimiento que en sí mismo le genera riesgos de inseguridad, dependencia, mayor morbilidad, incapacidad funcional agravado por la desprotección y la no valoración que la sociedad le da al anciano. Este grupo aumenta para el Seguro Social con el ingreso de los beneficiarios dependientes de los afiliados.

El objetivo general que se ha fijado es el de brindar a la población de la tercera edad una atención que corresponda a sus necesidades específicas detectando a tiempo problemas que puedan afectar su bienestar y promoviendo una adecuada inserción social.

Otros objetivos que se persiguen son:

- Limitar la pérdida innecesaria de capacidad funcional resultante del proceso de envejecimiento.
- Estimular la permanencia del anciano en el hogar, proporcionando apoyo a las familias de enfermos crónicos, terminales o dependientes en su domicilio.
- Crear espacios para que las personas de la tercera edad se proyecten a la comunidad y encuentren una manera productiva de ocupar el tiempo libre.
- Orientar para la construcción del proyecto vital y manejo de recursos económicos para mejorar condiciones y calidad de vida.
- Informar y educar sobre el autocuidado, sexualidad, afectividad, prevención de accidentes para el anciano.
- Atender integralmente la morbilidad más frecuente de éste grupo de población.
- Brindar una atención integral a los factores de riesgo cardiovasculares para reducir la morbi-mortalidad por estas patologías

Las actividades propuestas son:

En el área de promoción y prevención :

Talleres sobre el proceso normal de envejecimiento, sus implicaciones y cómo actuar sobre ellos.

Educación para el conocimiento y autocuidado de patologías de la tercera edad, para el cuidado de la salud y prevención de complicaciones.

Educación para el mejoramiento de la calidad de vida considerando los siguientes aspectos:

- Autoestima.
- Higiene personal.
- Necesidades nutricionales y características de la alimentación.
- Satisfacción de necesidades propias de la vejez y formas de abordarlas.
- Actividad física y mental.
- Sexualidad.
- Salud oral.
- Prevención de accidentes y primeros auxilios.
- Actividades recreativas como videos, bailes, coros, música, paseos.

- Capacitación para la ocupación con el propósito de desarrollar habilidades.
- Orientación para la actividad física, la ocupación del tiempo libre tendiente a procesar un equilibrio entre la salud física y mental.

Además se incluye el desarrollo de los programas de protección específica a las patologías más frecuentes, en los cuales existen otros grupos de población. (Cardiovasculares, crónicas y degenerativas).

Estos programas tienen un desarrollo anterior a la Ley 100 en el Seguro Social y no son el objeto de este trabajo, pero serán considerados como auxiliares en el proceso de implantación del programa de salud integral para la tercera edad



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Seguro Social debe cumplir con la Ley 100 y sus Decretos reglamentarios. En el área de prevención y promoción tiene planteado un programa de salud integral para la tercera edad pero no ha logrado su implementación en los niveles operativos puesto que el programa anterior a la Ley 100 funcionaba en forma centralizada por lo que no existía una preparación de la institución para asumir la responsabilidad en estos niveles.

Como se reseñó anteriormente, el aumento de la población mayor de sesenta años en el país y la reforma de la seguridad social, establece la obligatoriedad de afiliación al sistema de toda la población colombiana, además ofrece la ampliación de cobertura familiar, determinando que en el Seguro Social la población mayor de sesenta años ha aumentado, no sólo a partir de los pensionados sino de los beneficiarios y aquellos que se han vinculado como trabajadores independientes. Estas situaciones definen que la entidad amplíe y mejore su oferta de servicios.

Al respecto es de anotar que, el censo de esta población está siendo realizado por el Departamento Nacional de Afiliación y Registro del ISS.

Dentro de la política de descentralización, son los niveles operativos los que deben asumir la implantación y desarrollo de los diferentes programas, teniendo en cuenta la multiplicidad de patologías que presentan. Este proyecto será desarrollado en el CAA Central porque presenta facilidades locativas y administrativas para lograr los objetivos propuestos.

Para asumir de una manera adecuada el tránsito a la tercera edad es importante la educación y preparación de la población en general. Este aspecto se va a desarrollar incluyendo el trabajo con la familia de este usuario.

4. JUSTIFICACION

Las consideraciones en cuanto a la expectativa de vida han aumentado gracias a la ciencia aplicada a la salud y al diseño de políticas públicas de protección a los ancianos y cuyo incremento de la población correspondiente a la tercera edad en el Seguro Social es considerable y creciente, hacen necesario el establecimiento de un programa de atención integral a los usuarios de la tercera edad.

Para los niveles operativos se requiere desarrollar la filosofía de atención integrada a las personas de la tercera edad usuarias del Seguro Social; estableciendo un sistema asistencial multidisciplinario que enfoque la problemática de las personas de la tercera edad desde un punto de vista bio-sico-social coordinando la asistencia médica con los factores psicológicos y sociales del anciano y su relación con el entorno y los factores de riesgo que influyen en sus patologías.

Estas acciones deben perseguir activamente el objetivo de mejorar la salud, prevenir las enfermedades y mantener las capacidades funcionales entre las personas de la tercera

edad. Para ese fin, un requisito es la evaluación de las necesidades físicas, psicológicas y sociales del grupo. Esa evaluación promoverá la prevención de las incapacidades, el diagnóstico temprano y la rehabilitación.⁷

Todo ello hace necesario que el Seguro inicie el desarrollo de un programa en el menor tiempo posible, el cual vaya encaminado al diseño e instauración de los planteamientos de la Ley 100 a un nivel operativo así como a detectar las posibles dificultades en ese proceso, para sugerir las soluciones y los cambios que mejoren el desarrollo del mismo y por ende, la atención a usuarios de la tercera edad.

⁷ Recomendaciones que ya han sido sugeridas por la Asamblea Mundial del envejecimiento. Naciones Unidas. Viena 26 julio al 6 agosto de 1982.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa a nivel operativo con el fin de desarrollar el Plan Integral de Salud de la tercera edad en el CAA Central, con la participación de un equipo multidisciplinario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

* Evaluar la situación bio-sico-social de los usuarios de la tercera edad que acuden al

CAA Central.

* Establecer la proporción de afiliados, beneficiarios y pensionados de la tercera edad

que asisten al CAA Central.

* Identificar las primeras causas de morbilidad por consulta externa de esta población durante el mes de octubre de 1996.

* Diseñar y definir los contenidos mínimos a desarrollar en cada taller , de conformidad a las diferentes disciplinas del equipo.

* Señalar pautas y parámetros a partir de los cuales se va a implementar el plan integral de salud para la tercera edad en el CAA Central.

* Actualizar las historias clínicas de los usuarios de la muestra.

* Evaluar el aprendizaje de los participantes en los talleres

* Proponer estrategias para la implementación del programa en otros centros del Seguro Social

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO?

La vejez llega con el tiempo, pero no se sabe exactamente qué es. A continuación se enuncian algunas definiciones :

Desde el punto de vista funcional : “ La vejez origina reducciones de la capacidad funcional debido al transcurso del tiempo, como sucede con cualquier organismo vivo, pero tales limitaciones no le imposibilitan desarrollar una vida plena como persona que vive no sólo en lo físico sino, sobretudo, en lo psíquico y en lo social. La vejez, como cualquier edad, posee su propia funcionalidad al vivir la mayoría de los sujetos como personas “normales” dentro de la sociedad contemporánea. Las barreras a la funcionalidad de los ancianos son, con frecuencia punto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que reflejo de las deficiencias reales”

Desde el punto de vista vital: “El reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en las personas, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo”.⁸

Se podría afirmar que : Envejecer es una ciencia, un arte, una técnica que todos podemos aprender.⁹

Gonzalo Canal Ramírez en su libro *Envejecer no es Deteriorarse*, 1984, afirma que hoy la longevidad es más larga y capaz. Lentamente en el curso de los siglos la comunidad fue tornándose esquivia con el viejo hasta llegar al mito y al tabú adversos, según los cuales la vejez debería ser enfermedad, impotencia sexual, inutilidad, aislamiento, segregación, edad velada a los placeres y satisfacciones, apenas antesala del sepulcro, especie de muerte en vida, carga individual, familiar y social.

Los resultados de estudios sobre la ancianidad, han llegado a las conclusiones positivas que se citan:¹⁰

1. La vejez no es una enfermedad.

⁸ MORAGAS M RICARDO. *Envejecimiento y Calidad de Vida*. Gerontología Social. Barcelona. Editorial Herder. 1991.

⁹ CANAL RAMIREZ Gonzalo. *Envejecer no es deteriorarse*. 1984.

¹⁰ Idem.

2. La vejez no es impotencia sexual.
3. La vejez, como todas las edades, tiene sus problemas específicos pero también, capacidades y facultades propias, muy positivas.
4. El cerebro, órgano rector de todas las funciones orgánicas y anímicas del hombre, no sólo no se deteriora con la vejez, sino se mejora si se le usa y cuida.
5. La vejez no es por si misma ni decrepitud, ni senilidad, dos situaciones equívocamente patológicas, diferentes y evitables en algunos casos.
6. El viejo normal es capaz de trabajo, ejercicio, placer, satisfacción y utilidad.
7. El retiro del trabajador a edad fija, aún con pensión, es un momento crucial, deteriorante e injusto.
8. La mayoría de los problemas del viejo no son de origen somático sino psíquico, y aún los problemas orgánicos, frecuentemente se originan en causas psicológicas.
9. Los cuidados al organismo son importantes, pero mucho más los de la vida mental. El *todo* psicosomático es más integral en la vejez.
10. El gran régimen es ejercicio, trabajo, alimentación y descanso adecuados, dentro de una vida normal de actividad. El ocio total acelera el envejecimiento.
11. El ser de la tercera edad es partícipe y agente de la sociedad en que vive y tiene derecho a no ser relegado como mero espectador.

12. Los intereses de la vejez son los mismos intereses de la vida a cualquier edad, y deben conservarse actuantes como vínculos con la vida.
13. El proceso de envejecimiento no puede todavía detenerse, pero sí retardarse y ser vivido satisfactoria y útilmente.
14. El viejo tiene derecho a ocupaciones porque es capaz de trabajar, y a privacidad e intimidad porque es capaz de amar.
15. La vejez no sabe ser un concepto abstracto, sino concreto, no genérico sino específico en la individualidad de cada uno.
16. La mejor solución en el tratamiento del viejo es el hábitat y el entorno familiares.

Se impone pues, una reeducación para la vigencia de esta nueva realidad tan comprobada. El primer reeducado debe ser la persona de la tercera edad. La tarea es convencerlo de que él también puede. De igual manera se impone la necesidad de reeducación de la sociedad, para eliminar tabúes y creencias.

Existen diversas edades en una misma persona: la cronológica (edad del calendario), la biológica (edad del organismo y sus funciones), la psicológica (edad del espíritu emocional), la mental (edad del criterio y entendimiento), la social (edad impuesta por la comunidad), la cultural (edad de los conocimientos) y la económica (edad de los recursos para satisfacer necesidades). El equilibrio de estas edades daría teóricamente la

edad ideal de una persona. Ese equilibrio existe en determinados casos. Un difícil ideal porque estas edades son diferentes en cada individuo.¹¹

EL profesor Blanco Soler afirma que : "La vejez comienza cuando íntimamente se la siente. Nadie, pues, como el propio sujeto para definirla"¹². Cada uno comienza la vejez a edad diferente y la realiza de diferente manera, a su manera, según su personalidad, su formación, cultura, salud, circunstancias propias. La vejez es personal. Sin embargo existen factores del ambiente social, del desarrollo propio de los países que pueden influenciar y determinar que algunos de estos factores varíen y coloquen al individuo en encrucijadas que lleven a que esos factores personales se modifiquen.

Simone de Beauvoir tiene una frase clave para explicar la dificultad de una definición de vejez. "La vejez no es un hecho estadístico, es la conclusión y la prolongación de un proceso"¹³.

Autores como Simone de Beauvoir y Bellak, coinciden en reconocer a la edad social como a la gran tirana del viejo en la historia y en la actualidad. La sociedad le asigna al viejo una edad. La edad de la inutilidad y la degradación. La sociedad comienza por exigirle al ser de la tercera edad deberes y reconocerle pocos derechos (ver anexo). Cuando es generosa, le decreta el retiro con una desvalorizada pensión, ó en su defecto,

¹¹ Idem

¹² CANAL RAMÍREZ Gonzalo. **Envejecer no es deteriorarse**. 1984.

¹³ Idem.

y en el mejor de los casos, el asilo, el hospicio, casi siempre en condiciones infrahumanas.

La tercera edad está más subordinada a la sociedad que las anteriores edades. La sociedad, regida por intereses míticos, clasistas y generacionales, absorbe cruelmente al viejo hasta imponerle una imagen de si mismo. Frente a ese fenómeno, la principal defensa es la valorización del viejo por si mismo y la capacitación para seguir practicando sus valores útilmente para si y para los demás.

Para el desarrollo del hombre occidental este hecho representa un retroceso, pues para los habitantes de sociedades no occidentales (indígenas, orientales), el viejo es poseedor de los conocimientos necesarios para garantizar la supervivencia de las sociedades. Además es depositario de la sabiduría, el conocimiento, en especial antes del desarrollo tecnológico. Entre los Kogi, por ejemplo, es la edad máspreciada: el hombre sólo comienza a ganar estatus después de los 40 o 50 años, cuando se considera que ya ha visto innumerables ceremonias, ha presenciado nacimientos y entierros, ha efectuado ritos, conoce los principales hechos de su historia como pueblo y tiene ciertos atributos mágicos que el Mama le ha enseñado. La palabra Mama significa abuelo ¹⁴.

En el proceso del desarrollo individual, se encuentra que el hombre es uno de los seres más variables, porque piensa y progresa. Unos hombres cambian más que otros. Los

cambios no están regidos en nosotros por un ciclo fijo. Cada uno cambia a su manera, para su bien o para su mal, más o menos intensamente, con más o menos frecuencia y el proceso se acelera o se retarda individualmente en cada uno, conforme a gran diversidad y multiplicidad de causas de orden personal, ambiental, social, alimenticio, emocional, cultural, moral, económico, etc.

Cada persona es un mundo psicosomático, irrepetible, con su propia edad cronológica, psíquica, mental, social, cultural, diferentes. Estas edades no suelen estar de acuerdo en el mismo individuo, a no ser en aquellas personas que, por haberlas armonizado a todas entre sí, han logrado el tan esperado equilibrio. Hay personas cronológicamente de 60 años, biológicamente de 30, psíquicamente de 40, culturalmente de 20 y socialmente de 80 años. El complejo mecanismo de lo psicosomático es una integración cuyo influjo es determinante para la salud en cualquier edad de la vida, pero especialmente en la tercera edad. Quienes gozan de ese equilibrio entre su cuerpo y su ánimo (alma, espíritu, mente, cuerpo) retardan su envejecimiento.



¹⁴ REICHEL DOLMATOFF Gerardo. **Los Kogi**. Nueva Biblioteca Colombiana de Cultura. 1.985.

6.2 FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

En todo este proceso de envejecimiento existen factores socioculturales negativos y positivos que se observan en nuestra sociedad y varían de acuerdo a la clase social, la actividad laboral, la composición familiar, etc.:

Entre los factores negativos están :

- * Pérdida de estatus social
- * Pobreza
- * La soledad
- * La aflicción ante las pérdidas de los seres queridos
- * Temor a la enfermedad y a la evidencia del deterioro normal en la salud
- * Desconexión con el medio comunitario

Los positivos se pueden enunciar de la siguiente manera :

- * La plenitud debida a la experiencia en todas las esferas.

- * La seguridad en su vitalidad.

6.3 EL PAPEL DE LA FAMILIA

La familia es la mejor institución básica para la permanencia del viejo. Allí satisface las necesidades físicas, alimentación, vivienda, cuidados ; psíquicas, autoestima, afecto, amor, equilibrio psíquico ; social, identificación, relación, comunicación y pertenencia al grupo. En ella éste es más longevo, sano y satisfecho , aunque la mayor permanencia en ella y la disminución económica le cree nuevos problemas. ¿Pero cuál es la familia para el viejo? Indudablemente la de siempre con sus parentescos consanguíneos o políticos, sus afinidades y vinculaciones. Pero a estas horas tuyas, la familia, en este sentido total y genérico ha crecido y se ha dispersado. Está formada ya por varios o muchos hogares, cada uno con sus intereses propios. El ideal es conservar el suyo. Esto no siempre es posible.

Los cambios familiares radicales pueden ser traumatizantes para el viejo, para quien el amor, encuentra su síntesis en la familia, la cual cobra su opción significativa.

La familia desempeña un rol muy importante y a la vez el rol de los viejos puede ser fundamental. La situación varía tanto como lo hace la familia. Encontramos situaciones que se han tipificado en cinco modalidades:¹⁵

- Familias integradas, generalmente inmigrantes de pueblos o áreas rurales, donde el viejo ocupa un estatus importante, como el depositario de tradiciones familiares y comunitarias. En ella el varón es consultado y acatado; la mujer es el centro de la afectividad del grupo extenso; y ambos como abuelos desempeñan un papel socializador.
- Familias rotas o que por condiciones socioeconómicas deben buscar la institucionalización del viejo, pero conservan los lazos afectivos y de responsabilidad con ese miembro familiar.
- Familias que abandonan a sus viejos en las viviendas o en las instituciones a su suerte. No conservan vínculos afectivos o económicos.
- Familias que inconsultamente "trastean" al viejo de una vivienda a otra para repartir equitativamente entre varios parientes la "carga" que representa.

¹⁵ FLOREZ TASCON F.J y J.M. LOPEZ IBOR. **Saber Envejecer. Cómo vivir más y mejor.** Ediciones Temas de Hoy, 1990.

- Familias rotas que explotan afectiva y económicamente a los viejos. En algunos casos asumen las funciones de padres sustitutos y en otros de subordinados, a pesar de ser los proveedores económicos.

6.4 TRABAJO Y JUBILACIÓN

El gran traumatismo institucional de la tercera edad es el retiro del trabajo, con el cual frecuentemente comienza. El retiro, así sea forzoso con una buena pensión, si se trata de trabajadores públicos o privados, o voluntario con recursos suficientes, si de empresarios o profesionales independientes, es un conflicto social e individual y familiar muy grave.

El trabajador desde el punto de vista mental y somático, a la edad habitual del retiro legal no ha llegado a la edad del descanso, ni quiere llegar. Realmente, en términos absolutos, el hombre nunca llega a la edad del descanso. Necesita el trabajo, casi siempre económicamente, y siempre psicológicamente, con la lógica de las adecuaciones exigidas por la edad. "La vejez natural no incapacita, sino que la actividad debe estar acorde con la edad." ¹⁶

¹⁶ Tesis **Creación de una IPS para la Tercera Edad con Servicios Sociales Complementarios**, Colegio Odontológico Colombiano, 1.995.

El pánico por el porvenir (aunque el porvenir lo estamos viviendo ya) suele ser una enfermedad mortal en los viejos: la inseguridad. El mayor tiempo a disposición de ordinario exige mayores gastos que el empleado en trabajos, y mayores recursos espirituales para usarlo bien.

Pascal apunta: “ Nada es tan insoportable para el hombre que estar en pleno reposo, sin pasiones, sin negocios, sin diversiones, sin aplicaciones. Entonces siente su nada”.

El viejo mental y físicamente sano, es capaz de trabajar, y aún sin necesidad económica, necesita trabajar. Sólo el trabajo da conciencia de realizarse a sí mismo, necesaria en todas las edades , pero sobre todo en la vejez. Es lógico, el trabajo del viejo ha de ser adaptado y adecuado (el ideal sería hacerlo más cerebral que muscular) y sobre todo placido y satisfactorio.

Existe una variación de esta percepción entre hombres y mujeres, para los hombres genera más conflicto por haber quedado excluidos del espacio doméstico y se sienten mirados como un "estorbo"; mientras que las mujeres encuentran, muchas veces, la liberación de una carga, que las llevaba a tener una doble o triple jornada, al tener que responder por el trabajo doméstico.

6.5 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La promoción se refiere a un conjunto de acciones articuladas, orgánicas y orientadas a una finalidad específica, que en este caso tiene que ver con la salud. La salud tiene varias definiciones, para el caso, se hablará de la salud como bienestar o sea la capacidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del funcionamiento ; también como sensación y percepción placentera y agradable ; como garantía y disfrute de una sobrevivencia digna. Esta dignidad de la sobrevivencia implica tres componentes : la satisfacción de necesidades (básicas y otras necesarias para el desarrollo del ser humano), la garantía de realización de las potencialidades (desarrollo de facultades y aptitudes individuales), y el acceso a las oportunidades, a los recursos económicos y científico tecnológicos en todos los campos de desarrollo del hombre.¹⁷

Esta definición de salud aterriza la de la Organización Mundial de la Salud, al colocarla en el terreno de las realizaciones posibles y no del ideal de lo que debería ser.

Es frecuente constatar que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se homologan, se equiparan o se asumen indistintamente. No obstante, es preciso advertir que si bien son estrategias complementarias, al lado de otras como la atención y la rehabilitación , cada una de ellas posee su propia especificidad.

La salud es un fenómeno que ocurre en el cotidiano de sujetos concretos, mientras que la enfermedad rompe con esa cotidianidad, en la medida en que pone en riesgo la vida. De ésta forma, la primera diferencia es que la promoción busca permanentemente la realización de los proyectos vitales de las personas en relaciones sociales específicas, mientras que la prevención y la curación se dirigen a la modificación de aquellos aspectos o factores que se conciben como causas o como medios para la superación de la enfermedad.

La prevención implica acciones que van más allá de la prestación de servicios, acciones que se dirigen a la detección y control de los factores causales de grupos de enfermedades o de una enfermedad específica.¹⁸

En el campo de la promoción y la prevención el fenómeno de la cultura es fundamental, entendiendo como cultura la definida por Taylor: “ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, las leyes, la moral, las costumbres y otras aptitudes adquiridas por el hombre como miembro de una sociedad.”¹⁹

¹⁷ FRANCO SAÚL y col. **La Promoción de la Salud y la Seguridad Social**. Corporación Salud y Desarrollo. Bogotá, julio de 1995.

¹⁸ Idem.

¹⁹ UNIVERSIDAD NACIONAL, Facultad de Artes y Arquitectura. **Estudio de Mejoramiento de Vivienda para Pensionados del Instituto de Seguros Sociales**. 1994.

6.6 EL APRENDIZAJE

El aprendizaje puede ser definido como el proceso en que se origina la conducta, o por medio del cual se modifica dicha conducta debido a la experiencia.

Thorndike llega a la conclusión de que el aprendizaje comprende el establecimiento de asociaciones entre las impresiones sensoriales y los impulsos que mueven a la acción.

Entre las variables individuales más importantes se encuentran la motivación, el estado emocional y el grado de maduración del que aprende.²⁰

Como aprenden los adultos?

Los adultos pueden aprender eficazmente a cualquier edad, sin embargo, la forma en que aprenden difiere notablemente de la forma en que aprenden los niños. A continuación mencionaremos algunos puntos que deben tenerse en cuenta cuando se imparte enseñanza a adultos.²¹

- Los adultos deben desear aprender.
- Los adultos aprenden solamente cuando sienten la necesidad de aprender.

²⁰ WHITTAKER JAMES O. **Psicología**. Segunda Edición. Interamericana. 1971.

²¹ AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL . Centro Regional de Ayuda Técnica . **Adiestramiento eficaz, una guía para instructores**. México - Buenos Aires.

- Aprenden mejor con la práctica.
- Aprenden mediante la resolución de problemas prácticos y reales
- La experiencia afecta el aprendizaje en los adultos.
- Los adultos aprenden mejor en un ambiente informal.
- Responden a una gran variedad de métodos de enseñanza.
- Buscan orientación.

6.7 ACTITUDES

Definiciones de actitud :

Allport (1935)²², la considera como “un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado”.

Para Brown (1965)²³, es una “disposición a actuar cuando aparecen las circunstancias”.

²² AROLD RODRIGUEZ. **Psicología Social**. Editorial Trillas. México 1979

²³ Idem

Krech y Crutchfield (1948)²⁴, la considera como una “organización duradera de procesos motivadores, emocionales, perceptivos, y cognoscitivos en relación con el mundo en que se mueve la persona”.

Revisando las anteriores definiciones se encuentran elementos tales como : experiencia, afecto, objeto, motivación. percepción, conocimiento, disposición etc. Lo que permite decir, que la actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto definido que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto . Este objeto puede ser una persona, un hecho social o cualquier producto de la actividad humana.

Las actitudes son variables no observables, pero directamente sujetas a inferencias observables. Están compuestas por tres elementos :

- **COMPONENTE COGNOSCITIVO** Se refiere a la manera de encarar el objeto, de acuerdo a mis creencias, conocimientos, valores y experiencias.

²⁴ AROLDO RODRIGUEZ. **Psicología Social**. Editorial Trillas. México 1979

- **COMPONENTE AFECTIVO.** Corresponde al sentimiento en favor o en contra de un determinado objeto. Es este, el componente más evidente característico de la actitud.

Los dos componentes ya señalados tienden a ser coherentes entre sí.

- **COMPONENTE RELATIVO A LA CONDUCTA.** Es el componente activo, instigador de comportamientos coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales.

Los componentes antes señalados que integran las actitudes, ejercen mutua influencia hacia un estado de armonía. Cualquier cambio que se registre en uno de estos tres componentes, es capaz de modificar a los demás, puesto que todo el sistema es accionado cuando uno de sus integrantes es alterado. Por lo tanto, una nueva información, experiencia o una nueva conducta emitida en cumplimiento de determinadas normas sociales u otro tipo de agente capaz de prescribir una conducta, puede crear un estado de incongruencia entre los componentes de la actitud dando lugar a un cambio de la misma .

Las actitudes se forman por medio de la acumulación e integración de experiencias, la individualización , diferenciación y segregación de las mismas.

La base del esquema psíquico está conformado por las aptitudes cognoscitivas y la personalidad

Dentro de las aptitudes cognoscitivas, tenemos :

- **Inteligencia.** Se puede identificar con las aptitudes mentales, la capacidad de razonamiento, la capacidad cognoscitiva global.

Cattell divide la inteligencia en fluida, que representa la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas, se basa en la dotación biológica original del sujeto, la inteligencia cristalizada, se basa en el producto de la educación, los conocimientos y la experiencia que adquieren los individuos en el seno de una cultura.²⁵

- **Memoria.** Instrumento de la inteligencia o cualidad psíquica de segundo nivel, aptitud mecánica para proporcionar el material sobre el que trabaja la inteligencia. Proceso en el que los datos entran como imágenes, en relación con los sucesos que experimenta el sujeto y con una capacidad de discriminación subjetiva según la experiencia placentera o adversa del suceso.

²⁵ CATTEL B. MISHARA Y R. RIEDEL, **El proceso de envejecimiento**, Morata Madrid. 1986.

La memoria se clasifica como inmediata o primaria (hasta treinta segundos), reciente (varios días), remota o secundaria (pasado lejano recordado), vieja o terciaria (pasado lejano no recordado).

■ **Razonamiento.** Proceso mental que introduce orden en el caso de datos recogidos por la mente a través de la percepción y el aprendizaje . Consiste en la diferenciación y categorización de dichos datos en conceptos que, una vez archivados, serán posteriormente útiles.

■ **Capacidad de resolución de problemas.** Para resolver un problema debe seleccionarse una alternativa de entre varias a través del análisis, la lógica y el razonamiento. Supone por lo tanto, una valoración de diferentes posibilidades , unas deducciones y, finalmente, una toma de decisión que maximice determinados valores.

■ **Personalidad.** Comprende características individuales, formas de ser, estilos de vida, lo que es cada persona.

En la tercera edad, la personalidad tiende a ser más estable que a sufrir cambios.

Los estudios disponibles muestran una tendencia a la estabilidad de la persona que se mantiene más fija a mayor nivel de educación y siempre que la salud sea

buena. Los cambios que surgen con la edad parecen deberse a una respuesta a las condiciones nuevas que experimenta la persona: Disminución de responsabilidades, disponibilidad de tiempo y reducción de la aptitud funcional.

- **Identidad.** Concepción de sí mismo, quien soy, hacia donde voy. Integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental, de sus ideas, motivos, objetivos, roles sociales o limitaciones.
- **Autoconcepto.** Juicio del sujeto en relación con lo que el mismo y los demás piensan sobre su persona. Es un proceso continuo entre nuestra propia opinión, la de los demás y nuestras expectativas.
- **Autoestima.** Valoración individual, fuente de la integración social. Consiste en el conocimiento que una persona tiene acerca de sí misma y de sus capacidades para participar eficazmente en la sociedad.

Emociones - Sentimientos : La palabra emoción se deriva de la palabra latina “emovere” que significa remover, agitar o excitar. No existe una distinción exacta entre emoción y motivo. Las dos significan estar conmovido o agitado y las dos, pueden despertar, sostener y dirigir la actividad del organismo. Corresponden a la energía o combustible que inicia, mantiene y moviliza la acción de las personas.

La base de los sentimientos se encuentra en el equipo neuro endocrinológico, en la salud de que se disfruta o se carece, en la base orgánica fisiológica y base psíquica ; fundamentalmente en la personalidad.

Siempre suscitan una reacción interna fisiológica y/o psíquica, pudiendo producir conducta o quedar la reacción en el nivel interno únicamente.

La motivación se refiere a los impulsos que mantienen en acción a los seres humanos.

El estilo de vida tiene que ver con lo que el individuo estudia, donde trabaja, donde y con quien vive, que tipo de alimentos consume, que ejercicios realiza y el cúmulo de decisiones individuales que moldean la vida de cada persona y sobre las que el individuo posee cierto control..

6.8 EL EJERCICIO

Ejercicio es cualquier grado de actividad muscular, acompañado o no de movimiento. En esta acción intervienen todos los sistemas neuro-músculo-esquelético, cardio-vascular y metabólico.

El ejercicio es una necesidad corporal básica. El cuerpo humano está hecho para ser usado, sin lo cual se deteriora. Renunciando al ejercicio, este funciona por debajo de sus mejores posibilidades y por tanto pierde la oportunidad de sacarle mejor partido a la vida.

Un cuerpo sin ejercicio rinde sólo alrededor del 27% en la explotación de la energía disponible para el uso, pero este bajo nivel de rendimiento se puede incrementar hasta el 56% con la práctica regular del ejercicio. Este aumento del rendimiento podrá ser apreciado en todos los ámbitos de la vida.

El trabajo y el ocio se volverán menos agotadores y se disfrutará más a medida que la capacidad de actividad aumente. La mejora del rendimiento significa también que está menos propenso a las enfermedades y al deterioro orgánico, por tanto, una vida sana y activa se alarga, y los síntomas de envejecimiento se retrasan.

Efectos del ejercicio:

Fisiológicamente todos los sistemas del cuerpo se benefician del ejercicio regular, dependiendo del grado de esfuerzo y del tipo de ejercicio realizado.

El ejercicio también aumenta el rendimiento del sistema respiratorio. La capacidad vital de los pulmones y la ventilación también se incrementan, así como la eficacia del intercambio de gases.

El ejercicio aporta las siguientes ventajas :

- Recuperación más temprana luego de una enfermedad.
- Tolerancia de la fatiga por más tiempo.
- Utilización menor de energía al realizar cualquier trabajo.
- Tasa metabólica más baja.
- Aumento de las capacidades y habilidades físicas.
- Mayor circulación coronaria y cerebral.
- Disminución de la frecuencia respiratoria y cardíaca, tanto en reposo como en ejercicio.

Desde el punto de vista fisiológico se pueden especificar los siguientes efectos :

1. Reduce la pérdida innecesaria de capacidad funcional resultante del progreso de envejecimiento.
2. Disminuye los riesgos cardiovasculares.

3. Evita la osteoporosis; el ejercicio estimula la actividad osteoblástica y la liberación de una mayor cantidad de somatotrofina, la cual estimula también la actividad osteoblástica. Del desuso resultará entonces una disminución de la masa ósea.
4. Reduce el riesgo de caídas mejorando el balance, fuerza y patrones de marcha.
5. Disminuye los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo. Mediante la práctica del ejercicio, los músculos utilizan más glucosa, lo que ayuda a mermar su concentración en el torrente sanguíneo. El ejercicio permite que las células utilicen la insulina, disponible con mayor eficacia.
6. Evita la rigidez articular.
7. Mejora la coordinación y los reflejos.
8. Reduce la ansiedad, la depresión, la tensión emocional, la fatiga mediante la utilización del ejercicio como un tranquilizante, o de algunas técnicas de relajación.

9. Aumenta el efecto fibrinolítico o habilidades del cuerpo para disolver los coágulos.

10. Evita el aumento, en los niveles sanguíneos de epinefrina y norepinefrina, componentes éstos que han sido catalogados como responsables de ciertos desórdenes del ritmo cardíaco en muerte cardíaca súbita y en el desarrollo de arteriosclerosis coronaria.

6.9 TIEMPO LIBRE Y OCIO

El tiempo libre puede ser definido , como el tiempo dedicado a aquellas acciones que tienden a satisfacer necesidades autocreadas.

El ocio es el derecho de actualizar a gusto propio después de haberse liberado de todas las obligaciones fundamentales y debe estar orientado hacia un estado de satisfacción individual, tomado como un fin en sí mismo.

La manera de utilizar el tiempo libre varía de acuerdo al tipo de sociedad que estemos analizando, en el caso de la sociedad occidental los patrones de conducta están orientados a ser espectadores de las diferentes actividades que se organizan para copar el mercado de este tiempo libre : cine, deportes, radio, televisión.

La sociología del ocio lo plantea como la oportunidad para la educación, el desarrollo personal y social. En la persona de la tercera edad debe ser un punto importante a desarrollar pues al no tener una jornada habitual de trabajo, el tiempo libre se puede convertir en una amenaza y en una causa de desadaptación.²⁶

²⁶ UNIVERSIDAD NACIONAL. Facultad de Artes y Arquitectura. **Estudio de Mejoramiento de Vivienda para Pensionados del Instituto de Seguro Social**. 1994.

7. DISEÑO Y METODO

7.1 TIPO DE INVESTIGACION

Se trata de una investigación descriptiva exploratoria basada en la observación, para diseñar un programa piloto a nivel operativo, dirigido a usuarios de la tercera edad, teniendo como marco los lineamientos del nivel nacional del Seguro Social.

Además se puede afirmar que es una investigación empírica, porque los datos se obtuvieron directamente de la realidad. De corte transversal, porque después de concluida la investigación, no se realizó seguimientos con las personas que hicieron parte de la muestra.

7.2 PROCEDIMIENTO

Para desarrollar la implantación del programa se han definido los siguientes pasos:

1. Establecer el equipo interdisciplinario conformado por: psicóloga, odontólogo, fisioterapeuta, abogados, médica , acordando las funciones y actividades de cada miembro, e incorporando las disciplinas que no existen dentro del grupo de tesis, como son trabajadora social, nutricionista y terapeuta ocupacional. .
2. Selección de la muestra
3. Definir un perfil de salud bio-sico-social de los usuarios de la tercera edad que acuden al CAA Central.
4. Desarrollo de los talleres propuestos con grupos de 20 personas. Se escogió la modalidad de taller por consideraciones pedagógicas.

Esta metodología es considerada como la forma más adecuada para trabajar con grupos, logrando una actitud participativa, activa. Dentro del desarrollo del taller se prevé el uso de dinámicas de grupo que según Cirigliano y Villaverde “ se ocupa del estudio de la conducta de los grupos como un todo, de las variaciones de la conducta individual de sus miembros, de las relaciones entre los grupos, de formular principios y de derivar técnicas que aumenten la eficacia de los grupos”

Todas las técnicas de grupo tienen como finalidad implícita :

- a- Crear un clima afectivo propicio para el proceso de aprendizaje
 - b- Facilitar a los miembros del grupo el desarrollo de la capacidad de pensar, discutir, escuchar de modo comprensivo, decidir y comprometerse en función del grupo.
 - c- Desarrollar la capacidad de cooperación, responsabilidad, creatividad, seguridad.
 - d- Desarrollar el sentimiento del “nosotros”, mediante una actitud positiva de interacción humana.²⁷
- 5- Evaluación de cada una de las etapas del desarrollo del programa, estableciendo las dificultades y las fortalezas del mismo.
- 6- Simultáneamente evaluación del contenido del programa y si existe o no la necesidad de variación del mismo.

²⁷ SENA, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. **Dinámica de Grupos y Formación Profesional**. 1989.

7.3 MUESTRA

Se define como universo la población mayor de sesenta años afiliada, beneficiaria y pensionada, inscritos en el Seguro Social y adscritos al CAA Central y que acudieron a consulta externa de medicina general en el mes de octubre de 1996.

Para la determinación del universo se revisaron la totalidad de las planillas de la consulta externa general de este mes, equivalentes a 9.021 usuarios atendidos.

Se seleccionaron todas las historias correspondientes a los usuarios mayores de 60 años, los cuales correspondieron a 2.132. Ver Tabla No 1.

De esta población se tomó por el método aleatorio una muestra de 120 historias clínicas médicas. Estas historias fueron revisadas, descartando, en primera instancia aquellas personas mayores de 80 años, los grandes discapacitados (dificultades severas del desplazamiento, lesiones neurológicas incapacitantes, problemas mentales, oxígeno dependencia).



Posteriormente, se citaron los demás para realizar evaluaciones desde el punto de vista médico odontológico y psicológico. De este grupo se seleccionaron nuevamente, setenta personas citados en tres grupos, con una asistencia final de sesenta. Ver Tabla No 2

La no citación de las treinta personas se debió a: comprobación de dificultades de salud de difícil control, y a no tener facilidades en el desplazamiento por dependencia de terceras personas.

7.4 TALLER EDUCATIVO PARA LOS USUARIOS DE LA TERCERA EDAD

Se inicia con una dinámica de presentación de los integrantes del grupo de usuarios y del equipo de trabajo.

Para la presente investigación exploratoria descriptiva se diseñó un cuestionario mediante el cual los sujetos proporcionaron información escrita a los investigadores.

El cuestionario fue precodificado. Se denomina precodificado porque todos los interrogantes están formulados, de tal manera que solo se exige elegir respuestas previamente establecidas.

Se ubicaron las personas analfabetas o con dificultades en esta actividad con el fin de ayudarlas en el desarrollo de la misma.

Enseguida se plantearon los contenidos y metodología propuestos en cada área, para el desarrollo de las actividades educativas del Programa de Salud para la Tercera Edad.

7.4.1 Area jurídica

El objetivo es informar al grupo sobre los derechos, normas o atribuciones que les concede la Constitución Política de Colombia, la ley, para que mediante los mecanismos previamente establecidos los puedan ejercer, de manera individual o colectivos y obtener de esta manera la garantía de la Seguridad Social que deben recibir del Estado. Les da la tranquilidad y seguridad de que sus derechos están amparados legalmente y que prevalecen frente a las acciones arbitrarias o sobre cualquier decisión contraria al derecho por parte de quienes administran las instituciones obligadas a brindarles los servicios que establece la ley.

SESION: Una de 2 horas, con un descanso en el intermedio.

Se inicia con una dinámica que indague el conocimiento, basado en el resultado del cuestionario inicial.

CONTENIDO DE LA CONFERENCIA.- Derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de Colombia, de manera específica al artículo 46 sobre los derechos de los ciudadanos; artículo 48 el derecho a la Seguridad Social; artículo 49 sobre los servicios de salud, accesible a todas las personas del territorio nacional.

Fundamentos del Servicio - Intervención del Estado

Características básicas del Sistema general de Seguridad Social en Salud.

Tipos de participantes en el Sistema general de Seguridad Social en Salud.

Garantías- Deberes de los afiliados y Beneficiarios

Plan de Salud obligatorio - Cobertura familiar

Servicios Sociales Complementarios- Planes de servicios Complementarios y servicios Complementarios para la tercera edad.

DERECHO: Por la complejidad de esta palabra, aplicable en todas las esferas de la vida, intentaremos recopilar en una definición su alcance para el tema que nos ocupa:

Expresa el orden o las ordenes que integran el contenido de códigos, leyes, reglamentos o costumbres, como preceptos obligatorios, reguladores o supletorios

establecidos por el poder público; constituyéndose en la facultad, poder o potestad individual de hacer, elegir, permitir o prohibir a los demás, salvo los límites del derecho ajeno o de la prohibición legal.

DEBER: Es la necesidad moral de una acción u omisión, impuesta por la ley, mediante un pacto o una decisión unilateral irrevocable, para servicio o beneficio ajeno y cumplimiento de los fines exigidos por el orden social humano.

Son deberes de la persona y del ciudadano:

- Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios.
- Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar y apoyar a las autoridades democráticas legítimamente constituidas para mantener la independencia y la integridad nacional.
- Defender y difundir los derechos humanos como fundamento de la convivencia pacífica.
- Participar en la vida política, cívica y comunitaria del país.
- Propender al logro y mantenimiento de la paz.
- Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de la justicia.
- Proteger los recursos culturales y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano.

Contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de conceptos de justicia y equidad.

DERECHOS A LA SEGURIDAD SOCIAL: La Seguridad Social es un servicio Público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

DERECHOS DE LOS ANCIANOS: 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.

SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS: Establecidos en la ley 100 de 1993 para ancianos indigentes cuyo objeto del programa es apoyar económicamente y hasta por el 50% del salario mínimo legal mensual vigente, a las personas que emplean con ciertos requisitos y de conformidad con las metas que el CONPES establezca para tal programa.

-Ser Colombiano

- Llegar a una edad de sesenta y cinco años o mas.
- Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional.
- Carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Consejo Nacional de Política Social.
- Residir en una institución sin animo de lucro para la atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales y que no dependan económicamente de persona alguna.
- Cuando se trate de ancianos indígenas que residan en sus propias comunidades, la edad que se exige es de cincuenta (50) años o mas. Esta misma edad se aplicara para dementes o minusválidos.

En nuestro trabajo fué de vital importancia darle a conocer a éste grupo de población tanto los derechos como los deberes, durante el desarrollo de los talleres, ya que por tratarse en su gran mayoría de personas poco ilustradas, no tenían conocimientos sobre los mismos, conclusión que se desprende de las consultas hechas por ellos durante cada taller.

7.4.2 Area de terapia física

El objetivo es mostrar la importancia del ejercicio físico en la tercera edad para mantener y/o mejorar la salud y experimentar placer.

SESIONES: Seis sesiones, tres por semana de treinta cinco minutos cada una.

ACTIVIDADES:

- 1- En la primera sesión, conferencia sobre la importancia de realizar ejercicio todos los días.
- 2- Toma de tensión arterial antes de cada sesión. Actividad desarrollada por una auxiliar de enfermería.
- 3- Toma de glucometría a los usuarios diabéticos, también desarrollada por la auxiliar de enfermería.
- 4- Calentamiento: Donde se realizan ejercicios rítmicos y suaves combinados con respiración adecuada. Duración: 5 minutos.
- 5- Ejercicios respiratorios: respiración torácica, aceleración de flujo, reeducación del patrón diafragmático. Duración: 5 minutos.
- 6- Ejercicios activos: incluye los diferentes ejes y planes de los segmentos corporales de forma simétrica . Duración: 15 minutos.

7- Ejercicios de estiramiento. Duración: 5 minutos

8- Ejercicios de relajación. Duración: 5 minutos.

9- Toma de tensión arterial al final de la sesión.

7.4.3 Area de odontología

El objetivo esta encaminado a transmitir conocimientos relacionados con la promoción y prevención de las enfermedades propias de la cavidad oral, presentes en esta etapa de la vida.

SESIONES: se realiza una sesión educativa, tipo conferencia.

DURACIÓN 1 hora.

Se inicia el tema con una dinámica que busca desarrollar algunos aspectos detectados en el cuestionario inicial.

CONTENIDO

La charla va dirigida a enseñar a los pacientes, a comprender y participar en el cuidado y mantenimiento de la salud oral haciendo énfasis en la higiene oral, nutrición, componentes estructurales del sistema estomatognático y periodonto, funciones de los dientes, enfermedades dentales profundizando en las que son propias de la tercera edad, técnica para una buena higiene oral, (técnica adecuada de cepillado, uso de hilo dental, de enjuagues y mantenimientos de prótesis) y consejos prácticos para mantener una buena salud oral, cómo es el de visitar al odontólogo dos veces en el año.

La charla está a cargo de la higienista oral la cual realiza una corta , precisa y adecuada ilustración de los temas anteriormente mencionados, con una duración máxima de sesenta minutos a grupos de 20 personas, a quienes se les dará de una vez la cita para la siguiente actividad .

Se utiliza material didáctico que incluye macro-módelos, acetatos, carteleras, videos, y elementos que facilitan el aprendizaje.

7.4.4 Area de psicología

El objetivo es ayudar al grupo a mejorar su modo de vida ya que al comprender mejor sus propios sentimientos y motivos, aumenta la autoestima, autoaceptación, sentimientos de seguridad y adecuación al medio que tienen que enfrentar.

SESIONES: 2 sesiones de 1 hora cada una así:

1º SESION: Actividades:

1. Presentación integrantes grupo.(10 minutos)
2. Exposición tema: afirmación, estabilidad, e identidad autoconcepto y autoestima.
(20 minutos)

PERSONALIDAD. Comprende características individuales, formas de ser, estilos de vida, lo que es cada persona.

Nuestra personalidad es el resultado de influencias :

- Del medio ambiente (adquiridas)

- De causas originales (congénitas) que actúan continuamente y se inter-relacionan en un proceso entre lo individual y lo social.

ESTABILIDAD: permanencia, duración, firmeza.

Varios estudios demuestran que en edad avanzada, existe una tendencia a la estabilidad de la personalidad. Se mantiene más fija, siempre que la salud sea buena.

Los cambios que surgen con la edad parecen deberse a una respuesta a las condiciones nuevas que experimenta la persona:

- disminución de responsabilidades
- disponibilidad de más tiempo
- reducción de la aptitud funcional

Aquellas personas que se mantienen activas, con responsabilidades y plena aptitud funcional, apenas muestran cambios de su personalidad.

IDENTIDAD. Concepción de sí mismo, quien soy, hacia donde voy.

Integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental de sus ideas, motivos, objetivos, roles sociales o limitaciones.

Para que la persona pueda mantener alguna estabilidad en la concepción que de sí mismo tiene en sus guías internas para la acción, tiene que poseer alguna fidelidad a determinados valores fundamentales; ya que éstos, si son sólidos, podrán mostrar flexibilidad para adaptarse al cambio y a la vez permanecerá constante en la concepción de sí mismo y fiel a unos valores fundamentales.

Somos un ser individual, una persona distinta de las demás; aunque compartimos valores, motivos e intereses, somos uno, separado de los demás.

La identidad sirve para organizar la interpretación de las experiencias, asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia. La identidad se prueba diariamente en la realidad, ajustándose y modificándose según la información que llega de los demás y así nuestro concepto de nosotros mismos se autoperfecciona y nos proporciona mayor seguridad.

La identidad se estabiliza con los años a medida que la experiencia refuerza la percepción de la misma. Lo que resulta útil para nosotros, lo afianzamos.

Las personas de la tercera edad reducen las responsabilidades sociales y se asientan en unas relaciones más fuertes con el medio familiar. Teóricamente, la identidad se mantiene ya que existen menos riesgos para la misma. La situación se puede alterar cuando surgen cambios tan importantes en nuestra vida que no los podemos integrar. Estos cambios pueden obedecer a:

- cambio fundamental en la salud o aptitud física,
- pérdida de la visión o de un miembro esencial
- cambio en la intimidad
- muerte del cónyuge
- cambio de residencia
- crisis económica
- colapso de ideas personales, políticas religiosas etc.

Los anteriores cambios tienen más importancia en la adaptación social que los cambios originados sólo por la edad.

EL FUNDAMENTO DE NUESTRA PERSONALIDAD, ES SIEMPRE UNO MISMO, IMPOSIBLE SI NO SABEMOS QUIENES SOMOS , QUE PODEMOS, QUE NO, QUE QUEREMOS Y COMO LO PODEMOS LOGRAR.

AUTOCONCEPTO. El concepto de uno mismo. Juicio de la persona en relación con lo que él mismo y los demás piensan sobre su persona.

Es un proceso continuo entre nuestra propia opinión, la de los demás y nuestras expectativas(esperanza de conseguir una cosa).

- Si existe proporcionalidad entre lo que los demás y nosotros mismos pensamos sobre nuestra propia persona, y nuestras propias realizaciones, existirá satisfacción.
- Si por el contrario nuestras percepciones de nosotros mismos no se ajustan a las que tienen los demás y lo que expresamos de la vida, existirá insatisfacción, frustración, negativismo.

-La personalidad integrada es aquella que encuentra coherencia entre las exigencias de su rol social, lo que los demás esperan de él y lo que la persona realiza efectivamente.

AUTOCONOCIMIENTO. La persona bien adaptada tiene conciencia de sus propios motivos, deseos, ambiciones, sentimientos etc. Comprendemos porque nos comportamos de cierta manera y porque tenemos determinados sentimientos hacia las personas o hacia los sucesos que se presentan en nuestras vidas.

Una parte importante del propio conocimiento es la capacidad para apreciar de una manera realista sus VIRTUDES Y DEFECTOS.

AUTOESTIMA. Valoración individual, fuente de la integración social. Consiste en el conocimiento que una persona tiene acerca de sí misma y de su capacidad para participar eficazmente en la sociedad.

La persona bien adaptada no se desprecia así misma sino que se siente capaz e igual a otras personas para enfrentarse con la mayor parte de las situaciones que se originan en la vida diaria.

En la madurez, la autoestima se basa en reconocer la disminución de funciones y en que se hace lo que se debe. Depende más de cualidades morales.

3. Lluvia de ideas sobre el tema expuesto (20 minutos)

4. Conclusiones.(10 minutos)

2ª SESION. Actividades:

1. Presentación integrantes del grupo . (10 minutos)

2. Dinámica manejo de emociones y sentimientos (15 minutos)

- Esta es una oportunidad para darse cuenta de usted mismo.

- Explore su capacidad de darse cuenta mientras hace el ejercicio y dese tiempo para reflexionar sobre su experiencia. Comuníquela y compártala con otras personas.

DAR Y RECIBIR APRECIO

1. Siéntese cada uno en una silla de manera que ninguna quede vacía.

Muchas sensaciones buenas y mucha confianza puede desarrollarse a través del ejercicio, si lo hacen con real conciencia.

- Quiero que cada uno mire a la persona que está sentada a su lado derecho, piense en algo que le guste de esa persona, que le parezca bonito, atractivo y nos lo diga en voz alta cuando se le pregunte.

Ahora, a eso que les guste, denle una demostración de afecto: una caricia, un beso , una mirada, palmadita etc.

Tomen conciencia de cómo se sienten mientras dan y reciben este tipo de mensajes.

- Cómo se sintieron mejor dando o recibiendo. porque?
- Dense cuenta particularmente de sus sensaciones físicas mientras dan y reciben estos mensajes de aprecio.
- Es sencillo y placentero para Uds. expresar su agrado o sienten mucha incomodidad e intentan evitar comunicarse directamente con la otra persona?
- Puede realmente aceptar y disfrutar lo que los otros le dicen o se siente incómodo y tiende a eludir, desechar o rechazar estos mensajes de aprecio?

3. Exposición Emociones y sentimientos:

Sin las emociones los seres humanos seríamos poco más que máquinas que trabajan de la misma manera día tras día. No conoceríamos los goces del amor ni de la felicidad ni del éxito o el fracaso.

No se experimentaría simpatía o compasión por el desgraciado, ni pena por la pérdida del ser querido. El orgullo, la envidia y los celos serían desconocidos para nosotros.

La vida sin sentimientos ni emociones sería INSIGNIFICANTE e INCOLORA

La acción de los sentidos es la sensación; el sentimiento, la reacción.

Todos sabemos algo acerca de los sentimientos y de las emociones por nuestra propia experiencia. Vivimos conscientes de la importancia de sentimientos tales como la cólera, alegría, el temor, para nuestra conducta, por que lo que hacemos con frecuencia, es motivado por ello.

Qué son las emociones? La palabra se deriva del latín EMOVERE significa remover, agitar o excitar. estar conmovido, agitado; pueden despertar, sostener y dirigir la actividad del organismo.

Es igual a la energía o combustible que inicia, mantiene y moviliza la acción de los humanos.

Las emociones varían de intensidad desde los estados moderados tales como variaciones ligeras del carácter hasta las pasiones intensas que desintegran y desorganizan la conducta. Podemos estar brevemente coléricos o contrariados, o podemos llegar a estar tan intensamente coléricos que perdemos el control de nuestra conducta.

Dos clases de respuesta reflejan con frecuencia la emoción:

1. Respuesta externa que se hace al medio ambiente. Esta puede tomar la forma de cambios en la expresión facial, tales como la sonrisa, el enojo, la risa o el llanto; o puede hacer intervenir manifestaciones de agresión declarada, como el golpear a un adversario, patear una silla o maldecir.

2. El segundo tipo de respuesta que acompaña a la emoción es interno y fisiológico.

Cuando la emoción es intensa, sobrevienen cambios muy extensos dentro del organismo. El corazón late más rápidamente, se libera azúcar a partir del hígado, las pupilas se dilatan, y se presentan muchos otros cambios.

Por su duración en el tiempo, los sentimientos o emociones son permanentes; acompañan a la persona durante toda la vida o, son temporales (de corta duración) estados de ánimo, de humor, que no suelen durar más de horas o de días.

La base de los sentimientos se encuentra en el equipo neuroendocrinológico, en la salud de que se disfruta o se carece, base orgánica y fisiológica y base psíquica ; se encuentran fundamentalmente en la personalidad.

Siempre suscitan una reacción interna fisiológica y/o psíquica, pudiendo producir conducta o quedar la reacción en el nivel interno únicamente.

Finalmente, las emociones abarcan desde aquellas que comprenden el volver la cabeza o volverse de espaldas; el disgusto o el desprecio, hasta aquellas que comprenden el que la atención de la persona sea llamada sobre algo(por ejemplo, sorpresa o miedo). Esta dimensión se refleja en las expresiones faciales, que acompañan a la emoción.

Según Scholosberg AGRADABLE: sorpresa, amor, regocijo, felicidad.

DESAGRADABLE: cólera, miedo, sufrimiento, disgusto.

ATENCION: miedo, sufrimiento

RECHAZO disgusto, determinación, desprecio.

Al final de cada sesión se entregó a cada participante, una hoja donde se resumían las principales conclusiones de la charla y de la dinámica y se señalaban algunas recomendaciones y reflexiones.

7.4.5 Area de trabajo social

El objetivo es lograr que el usuario de la tercera edad y su núcleo familiar desarrollen la conciencia de la responsabilidad mutua y de los dos con las instituciones de salud. Además promover la reafirmación personal de los ancianos y promover la conformación de grupos solidarios.

SESIONES: Se trabaja en dos sesiones de hora y media cada una.

En la primera se inicia con una dinámica de sociabilización que permita que todos los participantes se relacionen y entren en confianza, para lograr la identificación de los problemas familiares que más afecten a los integrantes del grupo.

En la segunda sesión se les solicita venir con algún miembro de la familia, para buscar la comprensión de los problemas y la participación de la familia en la orientación general del programa.

CONTENIDOS:

La familia constituye un sistema social de fundamental importancia para la salud integral de sus miembros a través de las diferentes etapas del proceso vital

Tenemos dos variables que inciden significativamente en la salud durante la vejez:

1. La adquisición temprana de pautas de comportamiento habituales, que favorecen y mantienen la salud ó repercuten en su disminución y en la aparición de enfermedades .
2. La estructura familiar y el tipo de comportamiento que genera frente a la salud.

Entrando en el tema de las relaciones familiares propiamente dichas se advierte un amplio rango de niveles de diferenciación ; en el establecimiento de la interrelación con otros se aprecian los diferentes niveles de distinción de sí mismos y los distintos procesos emocionales. En las familias donde los miembros tienen un alto nivel de diferenciación, existe una tendencia para ser más abiertos y flexibles, cada persona puede definir sus acciones y puede ejercer su propia independencia en cuanto a sus ideas y sentimientos, puede experimentar a veces encerramientos, silencio, como en otras ocasiones puede manifestar su intimidad relacional con otros, en una palabra puede ser responsable del curso de su propia vida.

Los factores sociales como la jubilación, la separación del trabajo, la separación de los hijos que se casan y se van, en algunos casos la muerte del cónyuge y el propio cambio

físico que sufre la persona, lleva a en muchas ocasiones se caiga en una gran depresión.

Un anciano con depresión presenta síntomas característicos como aislamiento, mutismo y cambios de comportamiento, disminución del apetito y pérdida de peso.

Si bien influyen factores externos que influyen en la depresión es factor predominante la forma de pensar y de ser del propio abuelo.

Muchos ven en la jubilación el inicio del fin y en la vejez solo el resultado del deterioro físico, mental, laboral, social y afectivo.

Se deben tener en cuenta en la parte social para las familias las siguientes recomendaciones:

- Entienda sus preocupaciones: se siente sólo, lo jubilaron, lo aislaron. Ayúdele a aceptar esos cambios y otros de carácter físico como la disminución de la visión.
- Un abuelo no es como un escaparate o un mueble viejo que se esconde en el cuarto de San Alejo.

- No contribuya más a que él se sienta un estorbo.
- Bríndele mucho amor y comuníquese con él siempre.
- Si lo ve callado, poco comunicativo, aislado, trate de averiguar que le pasa.
- Integrar al abuelo en los paseos, salidas de campo o invítelo a ver televisión en familia.
- Acompañelo a sus consultas médicas.
- Oriéntelo para que lleve una dieta saludable y en general una vida sana.
- Verifique que la casa sea segura. No olvide que el abuelo puede tropezarse y caerse más fácilmente o puede olvidar ciertas cosas.
- Observe como es su conducta: si guarda sus hábitos higiénicos, se baña, se viste, limpia sus dientes.

Recomendaciones para el abuelo:

- Mantenga su mente activa, dedíquese a alguna actividad interesante.
- No piense en la vejez como el ocaso de la vida. Esta también es una etapa interesante.
- Sí vivir es un arte, saber envejecer es el apoyo de este arte.
- No abandone a sus amigos, ni a sus familiares.
- Usted puede jubilarse en el aspecto laboral, lo cual no significa que pueda jubilar su vida. La lucha continua, la pasividad al igual que el mal uso del ocio es enemigo de la vejez..

7.4.6 Area de terapia ocupacional

El objetivo es crear a cada usuario nuevas condiciones de descubrirse y realizarse. Con la ocupación, el juego y las diferentes actividades que se realizan se contribuye a que nuestro miembro de la tercera edad alcance una mejor calidad de vida, desarrollando roles apropiados para su edad y sus posibilidades.

SESIONES: Una sesión de una hora.

Toda la dinámica de esta parte del taller esta orientada al manejo del tiempo libre, se divide en dos partes: conocer en que utilizan su tiempo o en que están trabajando, cómo lo hacen . La segunda tarde se utiliza en orientar la forma adecuada de utilizar el tiempo libre y reforzar la importancia del ocio para la reflexión y la realización personal.

CONTENIDOS:

Solamente cuando el hombre pueda realizarse se evitará la destrucción de su ser más profundo y su camino acelerado hacia la muerte. Las sociedades que permiten a sus integrantes salir del proceso productivo para capacitarse ó de aprender un nuevo oficio han dado un paso determinante a la libertad de cada individuo, los mismos estímulos para dichos cambios nos permitirán ver sus frutos en un futuro próximo.

El aprendizaje temprano de la justa utilización del tiempo libre permite encontrar el equilibrio deseado, cada hombre llega a la perfección a través del equilibrio establecido en su vida.

Vivir conscientemente cada momento de la vida, genera un sentido a la existencia del hombre. Se ha demostrado científicamente que las actividades del cerebro no

desvanecen con los años, usar esta facultad debe ser una de las metas del hombre, aprender equivale a enfrentarse a la vida, al mundo y al universo. Realizarse es hacer lo que a uno le gusta, son las reglas elementales en la vida del hombre, utilizar el tiempo libre durante toda su vida, pero especialmente cuando la sociedad no le ofrece sino este, es una posibilidad única para llegar a ser. No es la edad la que importa sino la actitud mental

7.4.7 Area de nutrición

El objetivo de éste taller es concientizar a las personas de la tercera edad de la importancia que tiene la alimentación para mantener la salud, prevenir y controlar las enfermedades que se presenten.

SESIONES: Una sesión de una hora y media. Se inicia con una dinámica que permita conocer los hábitos alimenticios de los asistentes y su percepción sobre la importancia de una adecuada alimentación en el mantenimiento de la salud.

CONTENIDOS:

1. Grupo de alimentos:

TIPO DE ALIMENTO	EJEMPLOS	FUNCIONES
CONSTRUCTORES	Leche y derivados, carnes, vísceras, pescados, huevos, leguminosas.	Contienen vitaminas, proteínas, minerales. Construyen y reparan músculos y tejidos. Forman huesos, uñas y dientes. Evitan la anemia, fatiga muscular y mental.
REGULADORES	Frutas y verduras	Contienen vitaminas y minerales. Son fuente de fibra. Regulan el funcionamiento y metabolismo del organismo
ENERGETICOS	Cereales y productos derivados. Tubérculos, plátanos, azúcares y grasas.	Proporcionan el vigor y la energía que el organismo necesita. Conservan el calor y temperatura corporal.

TIPO DE ALIMENTO	EJEMPLOS	FUNCIONES
FIBRA	Cereales de grano entero, salvado, pan, y galletas integrales, frutas y vegetales, leguminosas.	Fundamental en la prevención y tratamiento del estreñimiento, diverticulitis, hernia y obesidad. Ayuda a disminuir el colesterol.
AGUA	En estado natural y en todos los alimentos. Además es componente esencial de la sangre y del organismo.	Interviene en la regulación de la temperatura corporal. Transporta sustancias nutritivas y facilita su absorción. Elimina sustancias de desecho, combate el estreñimiento y mantiene hidratada la piel.

2. Patologías más frecuentes :

PATOLOGIA	ALIMENTOS NO PERMITIDOS	ALIMENTOS PERMITIDOS
OBESIDAD Y DIABETES	Leche entera, mantequilla, derivados de la leche con dulce, remolacha, productos de paquete, productos de pastelería, carnes de salsamentaria, vísceras, fritos, gaseosas , azúcar, panela, chocolate y postres.	Leche descremada, kumis y yougurt dietético, frutas, arroz, papa, plátano hartón, pan integral, carne magra, pollo sin piel, pescado, queso campesino, leguminosas (frijol, lenteja, garbanzo)
HIPERTENSION	Leche entera, queso doble crema, mantequilla, apio, espinaca, alcachofa, productos de paquete y pastelería, producto de salsamentaria, alimentos enlatados, sopas de sobre, caldos de cubo, tinto.	Leche descremada, cuajada, queso campesino sin sal, verduras aderezadas con limón o vinagre, frutas en general, carne magra, pollo sin piel.
GOTA	Tomate, anchoas, espinacas, champiñones, habichuelas, carnes rojas, vísceras, sardinas, bebidas colas, vino, leguminosas.	Lácteos en general, verduras: ahuyama, zanahoria, repollo, lechuga, apio. Harinas moderadamente, frutas en general, carnes blancas (pollo, pescado). Abundante líquido.
OSTEOPOROSIS	No tienen restricciones	Lácteos en general, verduras de hoja verde y leguminosas, frutas, carne, pescados, aceite de hígado de pescado y otras fuentes de vitamina D.
BAJO PESO	No tiene restricciones si no hay patologías adicionales.	La dieta debe ser individual de acuerdo al estado nutricional.

7.4.8 Area de medicina

El objetivo es desmitificar los cambios que ocurren en el proceso de envejecimiento. Que se puede esperar, cuáles son los cambios normales y cuáles son los producidos por la sociedad, las condiciones de vida o por la falta de educación durante los períodos anteriores a la tercera edad.

Aclarar las dudas ayuda a que se aprenda a vivir en las condiciones más optimas posibles y a mantener una calidad de vida digna.

SESIONES:

Se necesitan dos sesiones de hora y media cada una. Se exhibirán películas educativas que trabajen algunos de estos aspectos. Charlas magistrales. Dinámica de lluvia de ideas al inicio de los diferentes temas. Todo en lenguaje sencillo y claro.

CONTENIDOS

El sistema nervioso en la tercera edad :

Las células nerviosas no se regeneran en ningún momento de la vida. Por ello este hecho no es patrimonio de la tercera edad. Las conexiones nerviosas pueden sufrir un proceso de lentificación y como todos los órganos si no se usa se deteriora. El mayor

temor que se tiene es a los proceso de demencia senil, que se produce a causa de enfermedades como la arteriosclerosis o a sufrir el llamado Allzahimer, el cual tiene connotaciones genéticas.

Por lo tanto, lo primero es entender que no todos las personas de la tercera edad van a sufrir estas enfermedades. Que algunas causas son prevenibles desde la juventud y por ello no son inexorables. Que vamos a tener algunas limitaciones propias de la lentificación de la que hablabamos, pero que no son causa de invalidez.

Organos de los Sentidos :

Todos ellos sufren algún deterioro con el paso de los años. Este va a depender de las enfermedades previas que tengamos y también del estilo de vida que hallamos llevado.

La visión sufre un defecto llamado presbicia, la visión cercana se lesiona y debemos retirar las cosas para verlas mejor. Esto sucede en todos los seres humanos independientemente del estilo de vida o de la alimentación. Otros problemas van ligados a enfermedades como la diabetes o la hipertensión.

La audición se pierde un poco debido al endurecimiento de la membrana conductora del sonido. Si tenemos traumas auditivos previos esta situación va a ser más importante.

El olfato y el gusto sufren una ligera pérdida de la sensibilidad, pero puede pasar desapercibido.

El tacto también puede sufrir alteraciones mínimas siempre y cuando no se tenga enfermedades que lo aumenten.

El sistema cardiovascular :

Existen cambios normales cuyo significado funcional varia de persona a persona. En personas sin enfermedades o factores de riesgo agregados estos cambios no producen alteraciones importantes en el desarrollo de la actividad normal. Pueden manifestarse ante sobrecargas de la función de bombeo del corazón.

Pero cuando existen factores como la arteriosclerosis, son causa frecuente de infartos. O cuando hay hipertensión puede existir un crecimiento de las cavidades del corazón, con una pérdida de la fuerza para el bombeo sanguíneo .

Sistema osteo-muscular :

Varios factores intervienen para que exista una alteración de la masa ósea y del sistema muscular, entre ellos el sedentarismo, la obesidad, el consumo de cigarrillo.

También son muy importantes los factores nutricionales y la ingestión de medicamentos que alteran estos sistemas.

Con la llegada de la menopausia es más frecuente la osteoporosis en mujeres, pero estas situaciones pueden manejarse con un adecuado manejo de la dieta y el ejercicio.

No todas las personas de la tercera edad van a sufrir de artritis, aunque si de un grado moderado de artrosis, la cual no tiene por que convertirse en un factor limitante de la actividad habitual de las personas. Al perder volumen los discos intervertebrales es muy importante trabajar en mantener una postura erguida que evite mayores secuelas en este hecho.

Sistema respiratorio :

Las enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio son muy frecuentes en cualquier edad y por lo mismo este se lesiona frecuentemente y por lo tanto en la tercera edad se pueden manifestar las huellas que han dejado las enfermedades

antiguas, los malos hábitos (cigarrillo) y los problemas ambientales que tienen que ver con la calidad del aire en el trabajo o donde vivimos o en el planeta.

Las personas de la tercera edad presentan en el aparato respiratorio un resumen de su historia de vida. De estos antecedentes va a depender las limitaciones que se tenga y los cuidados que se deben tener. A veces es tarde para que estas situaciones puedan ser manejadas con resultados positivos.

Sexualidad:

La sexualidad humana tiene toda la complejidad de la conducta general humana. Esta condicionada por factores biológicos (anatómicos y fisiológicos), por los condicionamientos sociales (sistemas de educación, valores éticos, religiosos y culturales, sistema jurídico), por los mecanismos psicológicos.

En el empeño de lograr una vejez sana, la vivencia de la sexualidad desempeña un papel importante por ser parte integral de la estructura de cada persona y se constituye en un factor de equilibrio emocional.

La edad cronológica no es una barrera para la continuidad de la actividad sexual, si existen oportunidades para continuarla como salud, pareja, etc. Muchas veces las

actitudes consideradas normales en el joven o el adulto como el contacto táctil, son vistas en el anciano como anormales por los demás miembros de la sociedad.

Muchos de los mitos que se cumplen tiene que ver con la actitud psicológica de la persona y de los que lo rodean. Fisiológicamente esta demostrado que la capacidad de respuesta sexual se mantiene en los gerontes, al igual que la gratificación que este acto conlleva.

Existen algunos cambios en las fases del coito y la frecuencia de la relación disminuye, pero la potencialidad sexual se mantiene indefinidamente sino se deja influenciar negativamente por los mitos populares, por sus propias ideas falsas y por sus temores.²⁸

Sueño :

Al disminuir la renovación celular, la necesidad de horas de sueño disminuye. Esto provoca resecciones diversas en las personas de la tercera edad y puede acompañarse de reacciones psicológicas que incluye insomnio.

Este hecho en muchas ocasiones comienza a ser manejado farmacológicamente, bien sea por autoformulación o por manejo médico, lo cual va a ocasionar una dependencia

de los barbitúricos y/o inductores del sueño, lo cual no mejora el insomnio sino que lo perpetua.

²⁸ PEREZ GOMEZ GUSTAVO. **Encuentro sobre el Proceso de Envejecimiento y vejez.** Nov. 20 -22 de 1985. Mimeógrafo.

8. ANALISIS DE RESULTADOS

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

1o. Historias clínicas incompletas e ilegibles.

2o. Historias clínicas con información desactualizada o incompleta de los pacientes:

Números de teléfonos ó supervivencia

3o. Dificultades para disponer en forma permanente del recurso de trabajo social, nutrición y terapia ocupacional, por lo cual no se lograron aplicar los formularios de evaluación en estas áreas.

8.1 ANALISIS DEL PERFIL DE LA MUESTRA

8.1.1 Tipos de vinculación:

En la revisión de las planillas de atención se observa que en la población mayor de 60 años, el 46.5% están vinculados como afiliados, el 15.10% beneficiarios y el 38.41% pensionados. Esto nos indica que con la reforma a la Seguridad Social se abrió un espacio para la vinculación de personas de la tercera edad, quienes no tenían la posibilidad de acceder a un servicio de salud por no ser trabajadores dependientes o independientes. Ver Gráfica No 1.

8.1.2 Perfil demográfico

La composición encontrada por sexo muestra un predominio del sexo femenino con un 60% y el 40% del sexo masculino. Ver Gráfica No. 2.

Teniendo en cuenta que la población objeto fueron personas mayores de 60 años, observamos que el 32% se encuentran entre los 60 y 64 años, un 29% entre los 65 y 69, y el 20% entre 70 y 74 años y el 19% restante mayores de 75 años. Ver Gráfica No. 3.

8.1.3 Perfil epidemiológico por causas de consulta externa

De la población atendida en el Centro de Atención Básica Central, mayor de 60 años en el mes de octubre de 1.996, el 54% consultó por Hipertensión arterial como primera causa, un 10% por diabetes mellitus y un 8% por gastritis .

Otra patología que se observa frecuentemente es la relacionada con el sistema osteoarticular donde llama la atención un (5%) de osteoartrosis y un 3% de artritis rematoidea, si sumamos estas dos se observa que se colocan al mismo nivel que el de la patología gástrica.

Los trastornos del metabolismo de los lípidos suman el 8% lo cual está relacionado con la Hipertensión arterial y la diabetes. Llama la atención de un porcentaje importante de causas no definidas equivalente a un 3% , esta cifra nos puede indicar que existe una diferencia en el diagnóstico ó en el diligenciamiento de las planillas.

Ver Gráfica No. 4.

8.2 ANALISIS DEL PERFIL DE LA SUBMUESTRA

8.2.1 Perfil demográfico

Se mantuvo un porcentaje mayor de personas del sexo femenino: 65% y un 35% en el sexo masculino. Ver Gráfica No. 5.

Los grupos etáreos se distribuyeron de la siguiente manera:

53% entre 60 y 64 años

22% entre 65 y 69 años

15% entre 70 y 74 años

10% mayores de 75 años. Ver Gráfica No. 6.

La escolaridad fue relativamente baja , el 54.6% contaba con primaria, el 28,33% estudios secundarios, un 10% profesionales y un 5% de analfabetas. Hecho significativo por encontrarse esta población en una ciudad capital como Santafé de Bogotá. Ver Gráfica No 7.

8.2.2 Tipos de vinculación

En referencia al tipo de vinculación de la submuestra observamos que el 45% está pensionado, el 33.33% son beneficiarios y un 21.66% son afiliados. Ver Gráfica No.8.

8.2.3 Perfil de salud de la submuestra

Los resultados obtenidos por áreas se pueden apreciar en las tablas :

No. 3 : Salud Oral.

No. 4 : Psicología.

No. 5 : Medicina.

No. 6: Fisioterapia.

8.2.3.1 Salud oral

Al observar los índices porcentuales de diagnósticos y número de pacientes totales según la tabla No.-3 y la gráfica No 9, es importante aclarar que cada uno de ellos presenta uno ó más diagnósticos, los cuales se clasificaron independientemente dentro de cada historia y se registraron globalmente, por tanto los valores totales no serán del 100% .

Después de haber evaluado los 60 pacientes con su correspondiente historia clínica de cuidado odontológico, se identificaron ciertas patologías propias de la tercera edad, como enfermedades a nivel de tejidos duros y blandos, ausencia parcial y total de dientes, tal como se puede deducir de la tabla No 3 que ilustra el perfil epidemiológico, en el cual se constata que el 65% de la muestra pertenece al sexo femenino y el 35% al sexo masculino, factor que nos podría indicar que la demanda en la utilización de los servicios odontológicos es de mayor predominio en las mujeres, demostrando aparentemente un mayor interés por su bienestar, ó también una mayor disponibilidad de tiempo, para estas actividades, ó por que hay mayor número de mujeres en la muestra.

En cuanto al porcentaje de caries dental detectado (66.66%) , es claro observar que comparativamente respecto a la morbilidad de otros grupos etáreos , el índice sigue siendo alto. Encontrando en las mujeres un 45 % y en los hombres un 55%, cifra que permite suponer que existe un mejor autocuidado en el sexo femenino en este aspecto.

Otra de las patologías más frecuente es la Gingivitis Marginal Simple en un 41.60 % que refleja ostensiblemente la falta de prevención y auto-cuidado, el cual sí logramos disminuir nos va a favorecer, el conservar los tejidos de soporte para una futura rehabilitación, desde el punto de vista protésico (prótesis total y removible) y así mismo la disminución en el porcentaje de caries dental y demás patologías.

Analizando los indicadores de patologías de origen periodontal en otros grupos etáreos cuyo margen es del 93%, se hace llamativo el hecho que en el grupo de la tercera edad está presente en menor proporción, a pesar de la mayor función fisiológica que han tenido las estructuras de soporte.

Como tercer indicador está el paciente desdentado total superior en un 33.33%, y de éste el 68% corresponde al sexo femenino, más acentuado en el grupo etáreo entre los 60 - 64 años , lo que nos puede hacer pensar que la presentación personal y estética, con respecto a la cavidad oral es de más preocupación en las mujeres, no obstante que en el momento de preguntarle al paciente sobre la etiología de la ausencia de sus dientes, la gran mayoría respondieron textualmente: " Que se mandaron extraer los que quedaban sanos para hacerse la prótesis total ", y en algunos casos por la condición socio-económica hacían lo mismo para que les saliera más económico y hacer una sola inversión, razón por la cual en éste proceso puede haber limitación al querer realizar un tratamiento integral porque el Plan Obligatorio de Salud no cubre prótesis dental.

Además de esto es evidente apreciar que es de mayor frecuencia la pérdida de dientes a nivel del maxilar superior que en el maxilar inferior , toda vez que el manejo de la prótesis total inferior es más complicado que el de una superior, y por consiguiente justifican un mejor cuidado en los dientes inferiores que en los superiores y la decisión

de no mandarse a extraer los dientes inferiores cuando pueden ser sometidos a un tratamiento para su conservación en boca.

En síntesis, analizando la parte de los pacientes edéntulos dentro del programa a implantar, en el aspecto relacionado con las recomendaciones, es valioso crear la necesidad del tratamiento de rehabilitación bien sea prótesis total ó removible.

Con respecto a la enfermedad periodontal que tiene un 15% y ocupa un 7o. puesto en el perfil de morbilidad, es claro deducir que en esta etapa de la vida , las estructuras de soporte han tenido una función fisiológica permanente y de mayor desgaste, en tal virtud es aceptable este margen , sin embargo hay que tenerlo en cuenta en el momento del plan de tratamiento. En este grupo se puede apreciar, que en el sexo femenino hay un margen del 46 % y 54% del sexo masculino, confirmando como en los demás indicadores que existe un mayor margen de enfermedades en cavidad oral en los hombres a pesar de que los porcentajes en vistos al comienzo hay un mayor número de mujeres.

8.2.3.2 Fisioterapia

Como es natural el organismo con el transcurso del tiempo va sufriendo un deterioro, el cual es obvio por los años, por consiguiente de los sesenta pacientes evaluados el

48.33% están con movilidad normal, de esta cifra el 33.3% son mujeres pensionadas, el 28.57% mujeres beneficiarias, el 19.04% hombres afiliados y 9.52% hombres beneficiarios y pensionados, lo cual demuestra que a pesar de la edad estas personas no tienen limitaciones que impidan tener una actividad física normal para la edad, llama la atención que el mayor porcentaje corresponde a la mujer pensionada.

El 26.67% tienen limitaciones de la movilidad de los miembros superiores, de esta cifra, el 77.7% corresponde al sexo femenino y el 22,3% restante al sexo masculino, este dato puede indicar a que un gran porcentaje de mujeres realizan oficios domésticos que permiten un importante desgaste de la motilidad de las manos y hombros. El 31.67% con limitaciones de los miembros inferiores.

Las patologías más frecuentes son las dorsolumbalgias y las lumbalgias. Las cuales están relacionadas con problemas posturales y patologías frecuentes en estas edades como la osteoporosis. Ver tabla No. 6 y Gráfica No.10.



8.2.3.3 Perfil de la evaluación médica:

En el examen médico que se le hizo a cada persona, se encontró un 43.3% con una sola patología, un 40% con dos patologías y asociación de 3 ó más patologías en un 13.3%

Un 3.3% eran usuarios sanos. La patología más frecuente fué la Hipertensión Arterial, con un 31.66% de los cuáles las mujeres representan el 73.68% y los hombres el 26.32%. La segunda patología encontrada fué la enfermedad ácido péptica con un 13.33%, seguida por la artritis reumatoidea con un 11.66%.

La diabetes con un 5% ,ocupó un quinto lugar, como primera causa de consulta, al igual que el prostatismo en los pacientes del sexo masculino. Otras patologías respiratorias como el asma y la sinusitis ocupan un lugar importantes con un 3.33% y 6.66%, respectivamente. Este perfil de causas de consulta externa concuerda con el general que analizamos anteriormente. Ver tabla No. 5 y Gráfica No.11.

De igual manera, las primeras causas de consulta externa de medicina general de toda la muestra, coinciden con las cifras del país para este grupo etáreo, lo que reafirma una tipología de morbilidad para la vejez en Colombia. Se debe tener en cuenta que la morbilidad por consulta externa difiere de la morbilidad por causa de egreso hospitalario.

8.2.3.4 Perfil psicológico

En los 60 usuarios evaluados, se encontraron 39 mujeres y 21 hombres equivalente al 65% y 35% respectivamente, los cuales se distribuyeron en 4 grupos de la siguiente manera:

- * 29 de ellos es decir el 48.33% discriminados en 18 mujeres y 11 hombres, presentaron buena capacidad vital global y personalidad integrada. Cabe mencionar, que éste grupo de usuarios se encuentra en un rango de edad entre 60 y 64 años.
- * 12 de los participantes, o sea el 20% 8 mujeres y 4 hombres, presentaron buena capacidad vital global y personalidad pasiva. El rango de edades de éste grupo vá de 65 a 70 años .
- * 10 de los asistentes, es decir el 16.66%: 5 mujeres y 5 hombres, presentaron buena capacidad vital global y falla en alguno de los factores cognoscitivos. Este grupo se encuentra en un rango de edad entre 71 y 74 años.

* 8 de ellos, correspondiente al 13.33% siendo 7 mujeres y 1 hombre, presentaron personalidad pasiva y falla en memoria, concentración y raciocinio, grupo éste, entre los 75 y 80 años.

Como se puede apreciar, a medida que aumenta la edad, la capacidad vital global vá cambiando, dependiendo del estilo de vida de cada persona.

En términos generales, se encontró un grupo homogéneo en cuanto a estabilidad y madurez a nivel de personalidad, salvo algunos casos en que se presentaron variables tales como problemas de salud, con reducción de las aptitudes funcionales, razón por la cual puede disminuir la autoestima, el autoconcepto entre otros, ó dificultades de adaptación generada por cambios del medio ambiente social por pérdida del entorno familiar. Ver tabla No 4 y gráfica No.12.

8.3 ANALISIS DE LA ACTIVIDAD DE LOS TALLERES

Con los talleres se buscó reforzar los conocimientos existentes e incrementarlos con el fin de conseguir algún tipo de aprendizaje frente a cada una de las áreas desarrolladas.

Se diseñó un primer cuestionario de 8 items cada uno con 5 distractores o sea, un total de 40 preguntas, que abarcaron las áreas de fisioterapia, odontología, medicina, psicología, nutrición y jurídico. El mismo, se aplicó antes y después de la realización

de los talleres; con la finalidad de establecer las actitudes y conocimientos de las áreas que se iban desarrollando.

Al aplicarlo se evidenció que se trataba de un test de preguntas mal diseñadas las cuales sugerían respuestas obvias de situaciones que aún las personas analfabetas conocían. El comportamiento en el desarrollo del cuestionario, puede verse en la tabla No 7 y gráfica No. 13.

El comportamiento de la evaluación en el desarrollo del cuestionario después del 1º taller fué similar. Los resultados se ilustran en la tabla No 8 y gráfica No. 14.

Considerando el anterior resultado, para los otros grupos se construyó un cuestionario diferente, de 7 items cada uno con cinco distractores o sea, 35 preguntas en total que abarcaron igualmente, las áreas ya señaladas. El mismo, se aplicó a 33 personas.

El comportamiento en el desarrollo del mismo evidenció que un 22% de las personas contestó acertadamente menos de la mitad del cuestionario. Ver tabla No. 9 y gráfica No. 15.

En el cuestionario aplicado después de la ejecución del segundo y tercer taller, se observó un significativo avance en las respuestas acertadas. Ver tabla No. 10 y gráfica No. 16.

Cabe señalar que a la última sesión de los dos talleres, asistieron 27 personas, lo cual significa que hubo un índice de deserción del 20.58% , debido probablemente a factores climáticos, dificultades familiares y personales.

De la aplicación de los dos cuestionarios podemos concluir: que el resultado del segundo de ellos fué mejor que el primero, toda vez que hubo un mejor desempeño por parte de las personas participantes , lo cual significa que se asimiló el material trabajado en los talleres realizados. Ver tablas No 11 y 12. Gráficas No. 17 y 18.

En tal virtud, se deduce que hubo aprendizaje de las distintas áreas puestas a consideración de los asistentes

La metodología de taller permitió tener un ambiente físico, favorable cómodo y dispuesto armónicamente para intercambiar ideas

La reducción de tensiones se logró a través de relaciones interpersonales, iniciando el programa con una evaluación médica, psicológica, odontológica y familiar.

Dentro del programa se procuró que todos hicieran una relación de amistad y camaradería .

La orientación estaba dirigida a todo el grupo, con el objeto de favorecer la acción y el crecimiento del mismo. Cada una de las disciplinas definió con la mayor claridad los objetivos relacionados de acuerdo a la especialidad , con el fin de crear una conciencia colectiva en los participantes sobre los diferentes programas realizados.

Los objetivos trazados se cumplieron no en forma rígida sino conforme a las circunstancias y voluntad del grupo, ya que por tratarse de personas de edad avanzada, no fué procedente enmarcarlos dentro de un taller ó seminario previamente delimitado.

A nivel general las actividades se desarrollaron en un buen clima de grupo determinado por cordiales relaciones interpersonales, espíritu de cooperación y tolerancia

Finalizadas las sesiones se procedió a tomarles la tensión arterial, de manera especial a los hipertensos, y se observó que de los diecinueve usuarios con cifras de tensión arterial alta, las cifras disminuyeron en doce de ellos.

Mejoraron la resistencia aeróbica, flexibilidad, fuerza y coordinación.

Se percibió una gran aceptación y acogida por parte de los grupos frente a los temas tratados y las dinámicas realizadas. Se logró un buen nivel de participación por parte de los integrantes de los grupos.

El corto tiempo impidió hacer una evaluación más completa de cada participante por lo tanto, es importante ajustar la duración de los talleres.

Mejóro la percepción del proceso de envejecimiento y de las posibilidades de actividades que potencialmente podrán desarrollar.

El tema de la sexualidad fué recibido con entusiasmo. Es importante incorporar un Taller sobre Sexualidad, que pueda ser desarrollado por un equipo entrenado este tipo de eventos.

Entre los asistentes a los talleres, se encontró, en un alto porcentaje, desconocimiento de la parte legal , toda vez que el grado de escolaridad de los mismos, era elemental y además quienes tenían algo de conocimiento, ignoraban lo que tiene que ver con la parte normativa, es de resaltar el interés demostrado por los participantes por las continuas consultas resueltas durante los mismos.

El desarrollo de esta parte, sirvió para que la población de la tercera edad, especialmente los pensionados y beneficiarios, recibieran una ilustración específica sobre los derechos que les asisten al igual que los deberes por ser vinculados a la Empresa Promotora de Salud del Seguro Social .

Dado que existe un buen número de pensionados y no tenían conocimientos relacionados con los descuentos que se les hacen sobre su mesada pensional , este aspecto ocupó gran tiempo de la charla, también interrogaron sobre el trámite para la prestación de los servicios de salud.

De la submuestra de la población según grado de educación , ver gráfica No. 7, se infiere de los 60 participantes en el programa; 34 han cursado la primaria, 17 adelantaron la secundaria, 6 se profesionalizaron y 3 son analfabetas. No obstante la heterogeneidad en el grado de escolaridad, todos entendieron tanto el objetivo del programa en sí, como los alcances de la parte legal, a pesar del número de personas que no saben leer ni escribir para quienes puede ser más difícil el aprendizaje, sin embargo teniendo en cuenta esta limitante se manejo la información con un lenguaje sencillo y digerible.

Se hace la observación de que quienes tenían una mayor ilustración sobre el tema participaron activamente de tal manera que les transmitieron a los demás asistentes el contenido del taller ampliándoles los temas tratados durante los refrigerios.

9. PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

9.1 ESTRATEGIAS PARA LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA EN LOS CAA

1o. Conformación de un equipo interdisciplinario (geriatra, médico general, terapeuta física, ocupacional, odontólogo, auxiliar de odontología, higienista oral, enfermera, auxiliar de enfermería, psicólogo, trabajador social , nutricionista, etc.) responsable de la implementación del programa y con profesionales que a voluntad se inscriban para el mismo.

2o. Establecer un mecanismo de captación de los usuarios para lo cual se plantea el siguiente procedimiento:

DIVULGACION: Busca promover la participación de los afiliados, pensionados, beneficiarios y en sí la población de la tercera edad, a través de boletines informativos,

carteleros, invitaciones personales, captación por medio de otros programas, ubicación mediante el sistema de adscripción.

INSCRIPCION: Los interesados deben dirigirse a las oficinas de trabajo social de los Centros de Atención básica respectivos.

ORIENTACION: Desarrollar actividades para motivar al asistente a participar activamente en el programa de prevención y mantenimiento de la salud de la población de la tercera edad. Esta fase incluye información del contenido del programa, reflexión y conformación de los grupos.

3o. Elaboración del flujograma de atención integral e interdisciplinaria del usuario mayor de 60 años.

4o. Toma de conciencia en la comunidad empresarial de prestar cuidado a las personas ancianas y educar a los afiliados y a sus familias en lo concerniente a este aspecto.

9.2 PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Identificar las conductas inadecuadas y los comportamientos indeseables que originan condiciones patológicas y reforzar las conductas positivas..

Posibilitar nuevos aprendizajes coherentes con un estilo de vida mentalmente saludable.

Trabajar con las familias con el fin de orientarlas respecto a concepciones prejuiciadas frente a las personas de la tercera edad.

Realizar seminarios relacionados con estilos de vida, automanejo de la propia vida, administración de la vejez, etc..

Teniendo en cuenta el interés demostrado por los usuarios sería procedente continuar con el programa, desarrollándolo en forma habitual para este tipo de población

Dentro del Plan Obligatorio de Salud, no se contempló el suministro de prótesis dental total y removible, en tal virtud , de conformidad con las necesidades de la población , se requiere de manera inmediata estudiar la posibilidad en cuanto a prótesis se refiere , toda vez que, se trata de personas de la tercera edad cuyo estrato

socioeconómico es bajo, y son en su gran mayoría pensionados de salario mínimo legal ó beneficiarios de trabajadores activos (padres), también de bajos recursos.

El Recurso Humano que participe en este proceso debe tener unas calidades ó características muy especiales, enfocadas a la buena atención y real aprecio de las personas a tratar.

De lo anteriormente expuesto, se recomienda al Seguro Social la aplicación y permanencia de este modelo en todos los CAA a nivel nacional haciendo seguimiento del mismo, con el fin de que se logren cambios significativos de actitud ante los estilos de vida por parte de la población evaluada.

Los pensionados, que gozan de tiempo disponible podrían ser multiplicadores del programa, en especial aquellos que tienen un alto grado de escolaridad y por consiguiente retroalimentar el programa en seminarios futuros a desarrollar con nuevos participantes.

El desarrollo de programas dirigidos a la atención integral de la tercera edad, contribuye a que no se quede en una simple declaración retórica, los derechos consignados en la Nueva Constitución Política de Colombia.

Con las recomendaciones de esta investigación acerca del proceso de atención integral en salud de los ancianos, no solo se daría cumplimiento a la Constitución Nacional, sino que se obtendría un nivel y una calidad de vida mejor para quienes ya dieron todo cuanto tenían que aportar en beneficio de otras generaciones.

Finalmente se anexan las propuestas de evaluación de las áreas que en esta ocasión no pudieron incorporarse, por falta de la disponibilidad suficiente del recurso humano: nutrición, terapia ocupacional y trabajo social.

9.3 CONCLUSIONES

El programa a nivel operativo, debe tener su propio diseño dentro del marco del programa nacional.

Las actitudes asumidas por la gente frente a las personas de la tercera edad, usualmente por falta de información, hace que cometan errores, que se les subestime y en consecuencia que el anciano se sienta mal con el trato que se le da.

Los ancianos se sintieron satisfechos con la atención integral prestada.

El anciano es una persona muy receptiva a este tipo de programas, toda vez que tienen tiempo disponible para la realización de los mismos.

Se mejoró la oportunidad y la calidad de atención de los usuarios de la tercera edad, privilegiando una atención integral y más personalizada.

El talento humano que poseen los CAA del Seguro Social puede desarrollar estas actividades, si se trabaja con ellos en la motivación y capacitación adecuadas

PROYECCION

Los resultados de los talleres, demuestran que es posible modificar conceptos y comenzar a influir en cambios de actitud tanto del usuario de la tercera edad como de su núcleo familiar y del equipo de salud.

Con la atención integral y el proceso de reeducación, se espera que el estado de salud de los usuarios se mantenga en un nivel óptimo, y permita mejorar la calidad de vida de los mismos. Por lo tanto, los servicios ofrecidos podrían ser utilizados de manera racional.

Al lograr el desarrollo de estos dos aspectos, el programa debe permitir ampliar la cobertura y mejora la oportunidad y calidad en la atención de los usuarios de la tercera edad.

GLOSARIO

ADSCRIPCION DE DERECHOHABIENTES: Ubicación o Agregación del Asegurado y sus beneficiarios a un Servicio de la Institución.

Esta es la afiliación que hacen los afiliados solteros al Seguro Social de sus padres cuando no tienen afiliados a sus hijos, ó cuando las unidades por capitación les permite tener afiliados a estas dos clases de beneficiarios.

ASEGURADO: Persona natural que está afiliada al régimen del Seguro Social, labora al servicio de un patrono incorporado al Régimen Obligatorio de Seguro Social o porque voluntariamente ha decidido afiliarse al Régimen de Seguro Social. Nos referimos al trabajador dependiente y al independiente que son los que tienen derecho a la prestación del POS (Plan Obligatorio de Salud)

ASEGURADO ACTIVO: Todo trabajador al Servicio de Personas Naturales ó Jurídicas que operen en el territorio Nacional, así como el independiente, el ocasional al afiliarse voluntariamente.

Que se encuentre al día en el pago de aportes obrero - patronales.

ASEGURADO COTIZANTE: Es la persona que mediante el pago de las contribuciones establecidas por la Ley efectuado directamente o por intermedio de terceras, genera para sí mismo o sus dependientes el derecho a ciertos beneficios, y por tanto, es protegida por la Seguridad Social. O sea que tiene derecho a la prestación de los servicios médicos.

Este concepto incluye también al asegurado activo al Pensionado y al Beneficiario que está recibiendo beneficios a corto plazo.

AFILIACION: Dícese del acto de inscripción de los asegurados y beneficiarios en los registros del Seguro Social.

ASIGNACION FAMILIAR: Toda prestación, en dinero, o en especie, cuyo objeto sea favorecer la Constitución o el desarrollo normal de las familias, ya sea aportando una contribución regular y permanente para el sostenimiento de las personas a cargo del cabeza de familia, o bien proporcionando una ayuda especial en determinados momentos de la vida de las familias.

ASISTENCIA SOCIAL: Prestación de Servicios diversos dirigidos a toda la población tales como prevención, curación rehabilitación, atención a la infancia (guarderías, escuelas, internadas y casas de cuna); programas de alimentación complementaria ; prestaciones económicas, servicios para los ancianos; asistencia familiar; mejoramiento ambiental y bolsa de trabajo.

BENEFICIARIO: Dependiente del asegurado con derecho a recibir prestaciones asistenciales médicas, quirúrgicas, farmacéuticas, dentales y de hospitalización y aquel otro que cumpliendo con los requisitos exigidos califica para una prestación de muerte del asegurado.

COMUNIDAD: Es una unidad social con estructura, organización y funciones propias dentro de un contexto territorial determinado y dentro del cual el individuo tiene la mayoría de sus experiencias realizada la mayoría de las actividades que son importantes para el y con el que tiene solidaridad.

CONTIGENCIA: Término relacionado con la probabilidad de que suceda un evento. En nuestro trabajo lo utilizamos para estudiar previo análisis de las historias clínicas de un grupo.

El Seguro Social cubre las contingencias, y proporciona los servicios especificados con cada régimen mediante prestaciones en especie y en dinero.

COTIZACION: La aportación económica que se efectúa para generar derechos a las prestaciones que la Institución proporciona.

DERECHO: Un valor que la persona reclama como propio: presupone un elemento de autoconciencia apoyada en un pensamiento racional.

Conjunto de principios, preceptos y reglas a que están sometidas las relaciones humanas en toda sociedad civil, facultad natural del hombre para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida.

DERECHO-HABIENTES: Son tanto el asegurado como los beneficiarios de las prestaciones en especie y en dinero que otorga la Seguridad Social.

Es el familiar del asegurado que conforme a la Ley se encuentra afiliado para que le otorguen las prestaciones respectivas.

Es toda persona, que forma parte de la población asegurada pensionada, de sus beneficiarios asignatarios por vigencia de derechos.

JUBILACION: Derecho que adquiere un empleado después de determinado número de años de servicio y /o edad, para percibir parte o la totalidad de su sueldo sin seguir prestando sus servicios.

JUBILADO: Dícese al Servidor Público protegido por leyes especiales de jubilación que cumpliendo con los requisitos exigidos, percibe una prestación económica pagada en rentas mensuales o quincenales por períodos prolongados o indefinidos de tiempo.

MEDICINA FAMILIAR: Acciones médicas cuyo propósito es tomar a la familia como unidad de análisis para definir las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación en aspectos primarios de atención. Así mismo de acuerdo con otras áreas competentes promueve prestaciones sociales.

Esta cobertura es una de las consecuencias de la Nueva Ley de Seguridad Social, ya que solamente a partir del 1º de julio de 1995 se estableció.

OCUPACION: Se entiende por ocupación el oficio , cargo, puesto, profesión, tipo de trabajo que efectúa una persona ocupada durante un período de referencia.

Utilizamos el término ocupación en nuestra tesis para referirnos al trabajador activo, ya que por tener una ocupación, se trata de un dependiente ó independiente y como tal tiene derecho a la prestación de los servicios de salud.

PENSIONADO: Dícese del asegurado o del beneficiario que cumplidos los requisitos exigidos por la Ley, recibe una prestación económica, pagadera en rentas mensuales o quincenales por períodos prolongados o indefinidos de tiempo.

El pensionado como tal tiene derecho a la prestación de los servicios médicos, además de su pensión, por consiguiente fué objeto de estudio en nuestro trabajo de tesis.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD: Es la relación entre el número de defunciones en un período determinado (generalmente un año) y la población media en ese mismo período multiplicada por mil.

TASA DE MORTALIDAD: También denominada tabla de vida es una herramienta o esquema teórico, que permite medir las probabilidades de vida y de muerte de una población, en función de la edad y para un período determinado.

Se tuvo en cuenta para efectos de estadísticas que nos permite medir las probabilidades de vida o de muerte en el grupo analizado de la tercera edad.

BIBLIOGRAFÍA

- CANAL, Ramírez Gonzalo. *Envejecer no es deteriorarse*. 1984.
- CODIGO CIVIL. LEY 4 de 1974.
- CONSTITUCION NACIONAL DE COLOMBIA. Diciembre de 1991.
- DIAZ Martha, SANDOVAL Sandra. Tesis *Creación de una IPS para la Tercera Edad con Servicios Sociales Complementarios*, Colegio Odontológico Colombiano, 1.995.
- ECHEVERRY ANGEL, Ligia. *Familia y Vejez. Realidad y perspectivas en Colombia*. 1994.
- FLOREZ TASCON F.J y J.M. LOPEZ IBOR. *Saber Envejecer. Cómo vivir más y mejor*. Ediciones Temas de Hoy, 1990.
- FRANCO Saul y col. *La promoción de la Salud y Seguridad Social*. Corporación Salud y Desarrollo. Bogotá, julio de 1995.
- I ENCUENTRO SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.***
- Noviembre 20 - 22 de 1985

II ENCUENTRO SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.

Agosto 27 - 30 de 1986.

LEY 10 DE 1990.

LEY 100. Diciembre de 1993.

LEY 60 DE 1993.

MONTAÑEZ Carlos. *Conferencia fotocopiadas.* 1992.

MORAGAS Ricardo M. *Envejecimiento y Calidad de vida.* Gerontología social. Barcelona, Editorial Herdel 1991.

RAMOS Johanna y otros. *Ejercicio en la vejez.* Universidad del Rosario. 1992.

REICHEL DOLMATOFF Gerardo. *Los Kogi.* Nueva Biblioteca Colombiana de Cultura. 1.985.

REVISTA ASOCIACION COLOMBIANA DE FISIOTERAPIA. Diciembre de 1996.

SAN MARTÍN Hernán y Vicente PASTOR. *Epidemiología de la vejez.* Editorial McGraw Hill, primera edición. 1.990.

SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL. *Diagnóstico Social de Medellín.* 1996.

SEGURO SOCIAL - SECCIONAL CUNDINAMARCA. *Subprograma de Hipertensión Arterial.* 1990.

SEGURO SOCIAL - ZONA CENTRO. *Programas para el manejo integral de la paciente menopáusica con osteoporosis.* 1993.

SEGURO SOCIAL. *Plan de Salud.* 1996.

SEGURO SOCIAL. *Programa de Prevención y Promoción*. 1996.

UNIVERSIDAD NACIONAL- Facultad de Artes y Arquitectura. *Estudio de Mejoramiento de la vivienda para pensionados del ISS*. 1994.

WHITTAKER James. *Psicología*. Editorial Interamericana. Segunda Edición. 1971.



ANEXOS

ANEXO A. DERECHOS DE LA VEJEZ¹

- Recordar sin ser reprochado. Recordar y hacer un balance en una de las compensaciones placenteras de la edad, para reintegrarse y re-adaptarse.
- Reconocer la vejez como el período más significativo de la vida humana, por su longevidad, experiencia y sabiduría.
- Opinar y ser escuchado como fuente para la transferencia del conocimiento y comprensión de la vida, la historia y la tradición.
- Ser reeducado en busca del replantamiento de su vida y rehabilitado como activo partícipe del desarrollo.
- Disfrutar de su propio espacio personal y seleccionar su estilo de vida para seguir siendo amo de sí mismo.
- Pertenecer a un grupo y disfrutar de su dinámica, gozando de libertad para asociarse.
- Fallar o acertar en la forma de lo vivenciado y poder elegir.
- Dirigir y manejar sus intereses personales y económicos en cuanto sea posible.
- Poder desarrollar un oficio u ocupación en bien de su equilibrio psicológico con sensación de ser útil.
- Hacer uso de su libertad de conciencia, pensamiento y elección.

¹ MARROQUÍN LUZ ANGELA. Adaptación al Cambio permanente. Editorial Antares Bogotá , 1983.

- Que se reconozca de su valor real, sin presunciones injustificadas. Imagen verdadera de la vejez y el viejo.
- Tener un servicio preventivo, oportuno y ser protegido por la seguridad social, con legislación propia para ellos.
- Poder continuar con el cultivo de sus asuntos espirituales y culturales, respetando su tranquilidad y sus propiedades.
- Amar y ser amado, por ser un sentimiento de equilibrio personal a lo largo de la vida.
- Que se le aliente y habilite para aceptar su rol en la sociedad y en la familia, como nueva adaptación y a disfrutar de sus bienes.
- Al cubrimiento de sus necesidades mínimas: salud, vivienda, vestido y alimentación.
- Diversión y esparcimiento.
- A continuar con su identidad sexual y derecho a su intimidad. A la verdad y a conservar su prestigio.
- A una muerte tranquila y digna.

Jurídicamente, los ancianos también tienen determinados derechos y deberes, establecidos en la Constitución Nacional:

A. DERECHOS

- Recibir sus mesadas si es pensionado, primas de junio y diciembre.
- Recibir la atención de salud al igual que su núcleo familiar.
- Recibir los servicios que establece el Plan Obligatorio de Salud por parte de las Empresas Promotoras de Salud a través de las Instituciones prestadoras de servicios adscritas
- Recibir atención de urgencias en todo el territorio Nacional.
- La libre escogencia y traslado entre entidades Promotoras de Salud.
- La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.
- Participar individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud.

B. DEBERES

- Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- Afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplir con las citas médicas u odontológicas y demás profesionales que le prestan atención en salud.
- Cumplir con la prescripción del medicamento formulado.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación de las Instituciones que le brindan los servicios.
- Tratar con dignidad y respeto al personal humano que lo atiende.
- Respetar la intimidad de los demás pacientes.

ANEXO B. CUESTIONARIOS

A. CUESTIONARIO DE EVALUACION PRIMER TALLER

CONTESTE FALSO (F) O VERDADERO (V) CON UNA X EN CADA PREGUNTA

1. Considera que el ejercicio:

A. Es importante para la salud

B. Disminiye el estrés

C. Reduce el peso corporal

D. Aumenta la tensión arterial

E. Aleja al individuo de hábitos que le hacen daño
(cigarrillo, alcohol, drogas)

V	F
V	F
V	F
V	F
V	F

2. El cuidado de los dientes es importante:

A. Mejora la presentación personal

B. Facilita la función masticatoria

C. Favorece una mejor nutrición o alimentación

D. Dificulta la pronunciación

E. Mejora la digestión

V	F
V	F
V	F
V	F
V	F

3. En la salud mental interviene factores:

A. Del medio social

B. De la personalidad

C. Del cuerpo

D. Del estilo de vida

E. Del medio ambiente

V	F
V	F
V	F
V	F
V	F

4. En nuestro estado de salud influye:

A. La dieta

B. Las visitas al médico

C. El ejercicio

D. La buena relación familiar

E. Tener la dentadura completa

V	F
V	F
V	F
V	F
V	F

5. Las siguientes bebidas son saludables:

A. Agua

B. Leche

C. Vodka

D. Jugo de mango

E. Gaseosa

V	F
V	F
V	F
V	F
V	F

6. En nuestra alimentación diaria debemos incluir:

A. Carne (res, pescado, pollo)

B. Verduras

C. Frutas

D. Cereales (arroz, trigo, cebada)

E. Leguminosas (frijol, lenteja)

V	F
V	F
V	F
V	F
V	F

7. Las personas de la tercera edad tiene derecho :

A. A su independencia

B. A administrar sus bienes

C. A cuidar sus nietos

D. A la recreación y al deporte

E. A servir a quienes los mantienen

V	F
V	F
V	F
V	F
V	F

8. La familia:

A. Es importante para el desarrollo de la persona mayor

V

F

B. Debe llevar a los mayores a un ancianato

V

F

C. Debe resolver las necesidades básicas de los mayores

V

F

D. Debe tratarlos con cariño y respeto

V

F

E. Debe regañarlos y castigarlos

V

F

B. CUESTIONARIO DE EVALUACION SEGUNDO Y TERCER TALLER

SEGURO SOCIAL

CAA CENTRAL

CUESTIONARIO SEGUNDO Y TERCER TALLER

Conteste falso (F) o verdadero (V) con una X en cada pregunta.

1. Cree usted que el ejercicio está contraindicado cuando:

F V

- A - Ha habido un infarto
- B - Cuando tiene angina de pecho
- C - Cuando está deprimido
- D - Cuando tiene sobrepeso
- E - Cuando tiene trombo flebitis
- F - Cuando sufre de hipertensión

2. La caries dental es:

- A - Una enfermedad que ataca tejidos duros
- B - Es la desmineralización del tejido dentario y su reblandecimiento
- C - Se produce por mal cepillado
- D - Para prevenirla es importante visitar al odontólogo cada 6 meses
- E - Puede terminar en un absceso agudo si no es tratada

F V

3. En relación con nuestras emociones y sentimientos:

- A - Despiertan, sostienen y dirigen la actividad de nuestro organismo
- B - La vida sin emociones y sentimientos sería insignificante
- C - Debemos reprimir nuestros sentimientos
- D - El llanto, el diálogo, las lágrimas, son manifestaciones de las emociones
- E - Las emociones nos ayudan a mantener un equilibrio entre cuerpo y alma

F V

4. Considera que al llegar a la tercera edad:

- A - La gente se enferma
- B - El corazón se agranda
- C - Se manifiesta la falta de cuidado durante la juventud
- D - Se pierde el deseo sexual
- E - Se pierde la agudeza visual

F V

5. La soledad y el aislamiento se deben a:

- A - La falta de comunicación con los que lo rodean
- B - Falta de ocupación
- C - La muerte de un amigo muy cercano o compañero
- D - Participar en grupos voluntarios de ayuda a sus semejantes
- E - Haber llegado a la tercera edad

F V

6. En la dieta de las personas de la tercera edad:

	F	V
A - Se debe hacer énfasis en los carbohidratos (Papa - Pan - Pastas)		
B - Es importante la ingestión de Calcio		
C - Antes de acostarse se debe comer un dulce		
D - Las comidas deben ir con alto contenido de sal		
E - Es saludable tomar tres (3) tazas de tinto al día		

7. Los derechos de las personas correspondientes a la tercera edad:

	F	V
A - Están contemplados en la Constitución Nacional		
B - Son considerados en la Ley 100 de 1993		
C - Deben ser incluidos en programas municipales		
D - Tienen un reconocimiento Internacional.		

C. FORMATO DE EVALUACION

PERFIL DEL ESTADO DE SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA TERCERA EDAD - ISS

DATOS PERSONALES

FECHA: _____ NUMERO: _____

No. DE AFILIACION: _____

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

SEXO: H _____ M _____ EDAD: _____

DIRECCION: _____ MUNICIPIO: _____

TELEFONO: _____

ESTADO CIVIL: S _____ C _____ SE _____ ULI _____ V _____ O _____

ESCOLARIDAD: 1 () 2 () 3 () 4 ()

TIPO DE AFILIACION: A _____ B _____ P _____

OCUPACION: _____

EVALUACION MEDICA

ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS

QUIRURGICOS

TRAUMATICO

CITOLOGIA

FUMA? SI ____ NO ____ CUANTOS: _____

LICOR: SI ____ NO ____ FRECUENCIA _____

CANTIDAD _____

EXAMEN FISICO

PESO: _____ TALLA: _____

T.A.: _____ PULSO: _____ FR: _____

NORMAL _____ NORMAL: _____

ALTA _____ TAQUICARDIA _____

CONTROLADA _____ BRADICARDIA _____

ESTA TOMANDO ALGUNA MEDICACION? SI ____ NO ____

CUAL _____

PORQUE? _____

OJOS

PTERIGIOS SI ____ NO ____ CATARATA SI ____ NO ____

A.V NORMAL ____ ANORMAL ____ CORREGIDA ____

O.R.L

NARIZ : DEFORMACIONES SI ____ NO ____

AGUDEZA AUDITIVA : BUENA ____ REGULAR ____ MALA ____

OTOSCOPIA : NORMAL ____ TAPON CERUMEN ____ OTROS ____

GARGANTA : NORMAL ____ ANORMAL ____

DENTADURA : NORMAL ____ PROTESIS ____ FOCO SEPTICO ____

CUELLO

ADENOPATIAS : SI ____ NO ____

PULSOS CAROTIDEOS : NORMAL ____ ANORMAL ____

TIROIDES : NORMAL ____ ANORMAL ____

INGURGITACION YUGULAR : SI ____ NO ____

APARATO CARDIO PULMONAR

RUIDOS CARDIACOS : NORMAL ____ ANORMAL ____ ARRITMIAS ____

AUSCULTACION PULMONAR : NORMAL ____ ANORMAL ____

ABDOMEN

HERNIAS SI ____ NO ____

MASAS SI ____ NO ____

LIQUIDO SI _____ NO _____

VISCEROMEGALIAS SI _____ NO _____

SOPLOS SI _____ NO _____

CICATRICES SI _____ NO _____

GENITALES MASCULINOS

VARICOCELE SI _____ NO _____

HIDROCELE SI _____ NO _____

PROSTATA NORMAL _____ HIPERTROFIA _____ DURA _____

REHUSO _____

GENITALES MASCULINOS

CELES SI _____ NO _____ REHUSO _____

INCONTINENCIA SI _____ NO _____ REHUSO _____

CUELLO UTERINO NORMAL _____ ANORMAL _____ REHUSO _____

UTERO NORMAL _____ ANORMAL _____ REHUSO _____

ANEXOS NORMAL _____ ANORMAL _____ REHUSO _____

EXTREMIDADES

VARICES SI _____ NO _____

PULSOS NORMALES _____ ANORMALES _____

ULCERAS SI _____ NO _____

EDEMAS SI _____ NO _____

SISTEMA NERVIOSO

PARKINSON

SI _____

NO _____

SECUELAS A.C.V.

SI _____

NO _____

SINDROME CONVULSIVO

SI _____

NO _____

PLEJIAS

SI _____

NO _____

OTRAS ALTERACIONES :

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

FIRMA DEL MEDICO

R.M. No

D. FORMATO DE EVALUACION DE TERAPIA FISICA

EVALUACION

FECHA _____ EDAD _____

NOMBRE _____

TIPO DE VINCULACIÓN _____

No DE AFILIACION _____

OCUPACION _____

TENSION : Tome la tensión antes y después del ejercicio

Antes de ejercicio _____ Después de ejercicio _____

PULSO : Tome el pulso al minuto, a los tres minutos, y a los cinco minutos de iniciado el ejercicio

Al minuto _____ a los 3 minutos _____ a los 5 minutos _____

leve

LEVE

()

mala, o nula.

() ()

D. FORMATO DE EVALUACION PSICOLOGICA

EVALUACION PSICOLOGICA

FECHA _____

ESCOLARIDAD _____

AFILIADO _____

PENSIONADO _____

BENEFICIARIO _____

I. APTITUDES COGNOSCITIVAS

A. INTELIGENCIA

Conceptos :

Nombre _____

Apellido _____

Edad _____

Hora del día _____

Mañana o tarde _____

Día de la semana _____

Día del mes _____

Mes _____

Año _____

Ciudad _____

Lugar presente _____

Reconocimiento de personas _____

B. MEMORIA

En que país estamos _____

Fecha de su matrimonio _____

Nombre del actual presidente _____

Lugar de su nacimiento _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre esposo (a) _____

(3) nombres de hijos o familiares _____

_____.

Diga el nombre de los 3 últimos presidentes de Colombia _____

Que sucedió el 9 de abril _____

Que sucedió en Armero _____

C. CONCENTRACION

Contar los meses al revés SI _____ NO _____

Contar de 1 al 20 SI _____ NO _____

Contar del 20 al 1 SI _____ NO _____

D. RAZONAMIENTO

Mostrar un bolígrafo. Que es esto ? SI _____ NO _____

Repetirlo con el reloj SI _____ NO _____

Repita la frase "en un parque había 5 perros" SI _____ NO _____

Que son una pera y una uva ? _____

Que son el rojo y el verde _____

Que son un caballo y un gato _____

Cierre los ojos SI _____ NO _____

En que se parecen :

piano_guitarra _____

casa_apartamento _____

colegio_universidad _____

carro_avión _____

II. PERSONALIDAD

A. ESTABILIDAD

Que actividades le gusta realizar _____

Que responsabilidades tiene _____

Le gusta mostrar afecto SI _____ NO _____

Como _____

Le gusta que lo abracen SI _____ NO _____

Porque _____

Es de mal genio SI _____ NO _____

Que lo (a) pone de mal genio _____

B. IDENTIDAD

Concepción de sí mismo _____

Que ideas tiene para su vida _____

Cuales son su objetivos _____

Se siente útil SI _____ NO _____

Porque _____

Han aumentado sus responsabilidades familiares SI _____ NO _____

Tiene alguna limitación a nivel familiar SI _____ NO _____

Se han reducido su responsabilidades sociales SI _____ NO _____

Ha cambiado su estado de salud recientemente SI _____ NO _____

Ha presentado pérdida de la visión SI _____ NO _____

Ha presentado pérdida de un miembro esencial SI _____ NO _____

Ha cambiado de residencia SI _____ NO _____

C. AUTOCONCEPTO

Esta satisfecho de Ud. mismo SI _____ NO _____

Porque _____

Se siente a menudo impotente, desamparado o desvalido

SI ____ NO ____

Porque _____

Se siente útil SI ____ NO ____

Porque _____

Esta su mente tan clara como antes SI ____ NO ____

Se acusa a sí mismo de algo en particular SI ____ NO ____

Tiene muchos amigos SI ____ NO ____

Porque _____

Se considera importante para su familia SI ____ NO ____

Porque _____

Las personas lo rechazan frecuentemente SI ____ NO ____

SATISFACCION _____ INSATISFACCION _____

PERSONALIDAD INTEGRADA _____ FRUSTRACION _____

ADAPTACION A LA REALIDAD ____ NEGATIVISMO _____

D. AUTOESTIMA

Piensa que vale la pena seguir viviendo SI ____ NO ____

Ve el futuro con esperanza SI ____ NO ____

Cuales son sus deberes _____

Cuales son sus intereses _____

Que trabajo le gustaría realizar _____

En su núcleo familiar se considera importante SI _____ NO _____

Cuales son sus aficiones _____

Tiene alguna frustración SI _____ NO _____

FACTORES DE RIESGO SI _____ NO _____

III. OTROS ASPECTOS

A. EMOCIONES _ SENTIMIENTOS

Positivos :

Amor SI _____ NO _____

Alegría SI _____ NO _____

Deseo de vivir SI _____ NO _____

Felicidad SI _____ NO _____

Compasión SI _____ NO _____

Negativos :

Odio SI _____ NO _____

Ira SI _____ NO _____

Irritación SI _____ NO _____

Tristeza SI _____ NO _____

B. NECESIDADES SATISFECHAS

Primarias SI _____ NO _____

Seguridad SI _____ NO _____

Sociales SI ____ NO ____

C. MOTIVACIONALES

D. Que oportunidades le gustaría tener _____

Que actividades le gustaría realizar _____

D. ESTILO DE VIDA

Donde y con quien vive _____

Tipos de alimentos que consume _____

Realiza ejercicio, cual _____

Que decisiones debe tomar _____

Tiene el hábito de fumar SI ____ NO ____ BEBER SI ____ NO ____

IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES : _____

E. FORMATO DE TRABAJO SOCIAL

HISTORIA SOCIAL

INSCRIPCION

Fecha : _____ No. de Afiliación: _____

C.C. _____ A. ☐ B. ☐ P. ☐

NOMBRE

COMPLETO: _____

Sexo: M. ☐ F. ☐ O. ☐ Edad: ☐☐ Estado Civil: Solt. ☐

Cas. ☐ Vdo. ☐ UL. ☐ Sepa. ☐

Lugar y fecha de Nacimiento: Municipio. _____ Depto. _____ Día ☐☐

Mes ☐☐ Año ☐☐

Residencia : Dirección _____

____ Teléfono: _____ Barrio _____

Profesión u Oficio _____ Ocupación

Actual _____

Qué le gusta hacer

Pertenece a algún grupo, club o asociación Si___ No___

Cual_____

Nivel de Escolaridad:

NIVEL COMPLETA INCOMPLETA

PRIMARIA

SECUNDARIA

UNIVERSITARIA

OTROS

COMPOSICION FAMILIAR:

No.

Or. NOMBRE SEXO

M F EDAD EST. CIVIL PARENT OCUPAC. ESCOLARIDAD

01

02

03

04

05

06

DINÁMICA FAMILIAR:

Cómo es la relación afectiva con los miembros de su familia ?:

Compartida: _____ Parcializada _____ No se dá _____

Con cual miembro de su familia se entiende mejor ?:

Cómo es su participación en las decisiones familiares?:

Decide _____ Sugiere _____ No

Participa _____

Cúal es su rol en su núcleo familiar ? :

Padre: _____ Abuelo: _____ Otro: _____ No

tiene: _____

De qué actividades participa en familia ? :

Domésticas ☐ Cúales

Educativas ☐

Cúales _____

Recreativas ☐

Cúales _____

Religiosas

☐

Cúales _____

Otras

☐

Cuales _____

Ninguna ☐

Qué aportes recibe de sus familiares?:

Afecto _____ Cuidado Personal _____ Compañía _____ Asistencia
económica _____

Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?:

Si ☐

Porqué _____

No ☐

Porqué _____

Con quien comparte sus dificultades e inquietudes:

Cónyuge _____ Hijos _____ Amigos _____ Parientes _____ Otros _____

Hace amistades con facilidad :

Siempre _____ Algunas veces _____ Núnca _____

Con quien establece relaciones interpersonales:

Familiares _____ Vecino _____ Compañeros de Trabajo _____ Diferentes
persona _____

ASPECTOS ECONOMICOS:

INGRESOS:

PROCEDENCIA SI NO NIVEL SI NO

Pensión Jubilación. < del mínimo

Pensión Invalidez. = al mínimo

Renta Propia. + de 2 mínimos

Ayuda Familiar. Entre 5 y 10 mínimos

Ayuda Otros.

Total Ingreso

DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS:

Alimentación _____ Educación _____ Vivienda _____ Salud _____

Vestido _____ Impuestos _____

Otros

Cuales? _____

Vive en:

Casa _____ Propia _____ Arrendada _____ Posada _____

Apto _____ Propio _____ Arrendado _____ Posada _____

Piesa _____ Propia _____ Arrendada _____ Posada _____

Otro Cual _____

COMPOSICION Y ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA:

No. de Alcobas _____ Sala _____ Comedor _____ Cocina _____
Baño(s) _____ Patio _____
Servicios : A. ☐ L. ☐ T. ☐ Al. ☐ Zona Verde _____ Corredores _____
Terraza _____
Ventilación _____ Iluminación _____ Espacio exclusivo para el anciano
Si _____ No _____

DIAGNOSTICO SOCIAL:

F. FORMATO DE EVALUACION NUTRICIONAL

HISTORIA NUTRICIONAL

A. VALORACION NUTRICIONAL

PESO ACTUAL:

CC;

TALLA ACTUAL:

ESTRUCTURA:

TALLA ANTERIOR :

IMC:

PESO IDEAL:

B. CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL:

C. ACTIVIDAD FISICA: REPOSO EN CAMA

AMBULATORIO LIVIANO

AMBULATORIO MODERADO

D. ANAMNESIS ALIMENTARIA

DESAYUNO

ALIMENTO

CANTIDAD

--

-

--

NUEVES

--

--

ALMUERZO

-----	-----	---

	-----	---

	-----	---

ONCES

	-----	-----

	-----	-----

COMIDA

	-----	-----

	-----	-----

-----	-----	-----
-----	-----	-----

REFRIGERIO

-----	-----	-----
-----	-----	-----

E.ALIMENTOS RECHADOS-----

F.HABITOS ALIMENTICIOS

FRECUENCIA DEL CONSUMO

DIARIO

SEMANAL

NUNCA

LECHE

QUESO

HUEVOS

VERDURA

FRUTAS

GASEOSA

TINTO

AGUA

G.HARRIS BENEDIC:

H. VALOR CALORICO TOTAL:

I.PREESCRIPCION DIETARIA:

J.FORMULA DIETARIA RECOMENDA

GRAMOS

KCAL

%

PROTEINA

GRASA

CARBOHIDRATOS

TOTAL DE KCAL

RECOMENDADAS

DIA

K. MENU MODELO

DESAYUNO:

NUEVES:

ALMUERZO:

ONCES:

COMIDA:

REFRIGERIO:

L.RECOMENDACIONES NUTRICIONALES :

CONTROL

FECHA

PESO ACTUAL

EXAMENES

OBSERVACIONES

1.

2.

3.

4.



G. FORMATO DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL

EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL

1. VALORES.

Qué cosas de las que hace en la vida le parecen importantes. nombre 5.-----

-----.

Qué piensa que las demas personas esperan de usted.-----

Siente usted que tiene control de su vida. por ejemplo toma sus propias decisiones,o
interfieren en su vida otras personas.-----

-----.

Fué decisión propia venir al programa. si----- no----.

Cuál es la es la expectativa con respecto al programa.

-----.

Qué cosas desearía hacer.-----

Se siente usted satisfecho con lo que hace actualmente.-----

2. HABITOS

Cómo reparte el tiempo diariamente.-----

Qué roles desempeña.

laboral-----en la comunidad-----

-----en la familia-----

3. DESEMPEÑO

Puede hacer las cosas que necesita diariamente. si---- no----.

Cuales son.-----

Para que actividades tiene usted dificultades.-----

Qué actividades domésticas realiza.

limpia jardín----- limpia la casa.-----hace reparaciones----- cocina----- hace mandados-----lleva las cuentas-----.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

vestido . si-----no----- dificultades.-----alimentación . si---no---
dificultades.-----higiene. si -----no--- dificultades-----

Traslados

Utiliza algun aparato para desplazarse si-----no---nombrelo-----

Utiliza transporte público? si-----no-----.

TABLA No 1 DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y VINCULACION DE LA MUESTRA												
	H O M B R E S				M U J E R E S				HOMBRES Y MUJERES			
	AFILIADO	BENEFIC.	PENSION.	TOTAL	AFILIADO	BENEFIC.	PENSION.	TOTAL	AFILIADO	BENEFIC.	PENSION.	TOTAL
60 - 64	141	11	72	224	245	84	126	455	386	95	198	679
65 - 69	104	18	98	220	190	57	146	393	294	75	244	613
70 - 74	70	27	106	203	93	53	81	227	163	80	187	430
75 - 79	33	23	77	133	47	24	51	122	80	47	128	255
80 y MAS	34	8	39	81	34	17	23	74	68	25	62	155
TOTAL	382	87	392	861	609	235	427	1271	991	322	819	2132

**TABLA N. 2 DATOS GENERALES Y PERFIL DE LA SITUACION
DE SALUD DE LA MUESTRA**

1. DATOS GENERALES					
USUARIO EVALUADO	EDAD	SEXO		ESCOLARIDAD	TIPO DE AFILIACION
		Masculino	Femenino		
1	65		X	profesional	pensionado
2	65		X	2° de primaria	pensionado
3	73		X	2° de primaria	beneficiario
4	74	X		primaria	pensionado
5	76		X	primaria	beneficiario
6	60		X	3° de primaria	beneficiario
7	65	X		primaria	pensionado
8	67	X		comercio	pensionado
9	82		X	analfabeta	pensionado
10	66		X	primaria	pensionado
11	67		X	profesional	pensionado
12	60		X	2° de primaria	afiliada
13	62	X		analfabeta	beneficiaria
14	64		X		afiliada
15	62		X	primaria	pensionado
16	71		X	primaria	beneficiario
17	68		X	primaria	afiliado
18	78		X		beneficiario
19	61	X		primaria	afiliado
20	62	X		secundaria	beneficiario
21	63		X	primaria	beneficiario
22	60		X	2° promaria	pensionada
23	60	X		universitario	pensionado
24	60	X		Secundaria	pensionado
25	61	X		secundaria	afiliado
26	60		X	primaria	pensionada
27	61		X	3° primaria	afiliada
28	63		X	secundaria	beneficiaria

29	64		X	secundaria	beneficiaria
30	60		X	5° primaria	beneficiaria
31	60		X	secundaria	pensionada
32	67		X	secundaria	pensionada
33	62	X		profesional	pensionado
34	60		X	secundaria	pensionada
35	67		X	primaria	pensionada
36	60		X	secundaria	afiliada
37	70	X		primaria	pensionado
38	60	X		profesional	afiliado
39	73	X		primaria	pensionado
40	70		X	primaria	beneficiaria
41	60		X	primaria	beneficiaria
42	66		X	primaria	afiliada
43	80		X	primaria	pensionado
44	61		X	primaria	beneficiaria
45	61	X	X	secundaria	afiliado
46	68		X	primaria	beneficiaria
47	64		X	secundaria	pensionada
48	61	X		secundaria	pensionado
49		X		primaria	beneficiaria
50	61	X		primaria	afiliado
51	70		X	primaria	pensionado
52	61		X	secundaria	pensionada
53	76		X	primaria	pensionado
54	61	X		primaria	afiliado
55	68		X	primaria	beneficiaria
56	60		X	secundaria	afiliada
57	65		X	primaria	beneficiarioa
58	63	X		secundaria	beneficiario
59	70	X		analfabeta	beneficiario
60	73	X		primaria	pensionado

	1. PERFIL SITUACION DE SALUD			
Usuario evaluado	Médica	Odontológica	Psicológica	Fisioterapia
1	· Asma · Hiperlipidemia	· Disfunción oclusal patogénica · Caries · Gingivitis marginal simple · Desdentada parcial superior	· Buena capacidad vital global · Estabilidad · Personalidad Integrada	· Retracciones moderadas leves.
2	· Sano			· Retracciones moderadas leves.
3	· Hipertensión arterial		· Falla memoria remota · Personalidad madura	· La movilidad de todas las articulaciones es normal · Presenta retracciones moderadas y leves
4	· Hipertensión arterial · Prostatismo	· Gingivitis marginal simple localizada · Enfermedad perio- dental progresiva · Caries activa	· Falla memoria remota y concen- tración. · Personalidad inte- grada, madura, adaptación a la realidad. · Problemas de audición.	· Movilidad normal · Retracciones moderadas y leves.
5	· HTA	· Enfermedad perio-	· Buena capacidad	· Cifosis dorsal

	· Cataratas	dontal progresiva	vital global	· Retracciones
		· Desdentada total	· Falla memoria	severasy
		inferior y parcial	remota y a nivel	moderadas.
		superior.	de razonamiento	Severa a
			· Personalidad ma-	nivel escapu-
			dura.	lar y cuello.
6	· Artritis	· Desdentada total	· Buena capacidad	· Movilidad de
	· Control por	superior e inferior.	vital global	los miem-
	patología de		· Pobre a nivel de	bros superio-
	seno.		razonamiento	res limitada;
			· Personalidad ma-	demás arti-
			dura, integrada.	culaciones
				normales.
				· Las retrac-
				ciones a
				vel de las ar-
				ticulaciones
				es moderada.
7	· Sinusitis	· Trauma periodontal	· Buena capacidad	· Movilidad
	· HTA	directo (Colapso de	vital global	normal
		la oclusión)	· Falla la memoria	· Retracciones
		· Gingivitis marginal	remota o secunda-	moderadas y
		simple generalizada	ria.	leves.
		· Desdentado parcial	· Personalidad ma-	
		superior e inferior.	dura, integrada,	
			equilibrada; auto-	
			concepto satisfac-	
			torio.	
8	· HTA		· Buena capacidad	· Rodilla derecha
	· Infarto hace 3		vital global	afectada en
	años.		· Buena memoria,	cuanto a
			concentración y	movilidad
			lógica	· Retracciones
			· Personalidad ma-	moderadas

			dura, estable, bien integrada.	y leves en las demás
			· Buena autovalora- ción	articulaciones.
9	· HTA · Osteoporosis · Catarata ojo de- recho.	· Enfermedad perio- dental progresiva · Desdentada parcial inferior y superior · Caries activa	· Baja capacidad vital global frente a conceptualiza- ción, memoria, concentración y razonamiento. · Personalidad pa- siva.	· Articulaciones limitadas retracciones severas.
10	· Hernia discal · Marcapasos	· Desdentada total superior e inferior.	· Aceptable nivel de capacidad vital, falta razonamiento. · Se percibe perso- nalidad autoagre- siva, mal ajustada. · Se recomienda cita con psiquiatra.	· Retracciones moderadas, movilidad articular regular.
11	· Enfermedad aci- do péptica · Osteoporosis	· Desdentado total superior e inferior	· Buena capacidad vital global a nivel de conceptualiza- ción, memoria y razonamiento. · Personalidad es- table e integrada adaptación a la realidad.	· La movilidad de las articulaciones es normal. · Presenta retracciones moderadas y leves.
12	· Osteoporosis	· Desdentado total superior · Gingivitis marginal	· Buena capacidad global a nivel de conceptualización	· Movilidad del pie izquierdo mala.

		simple localizada.	memoria, razonamiento y concentración.	· Las demás articulaciones presentan retracciones leves y moderadas.
		· Caries activa.	· Personalidad pasiva.	
13	· Artritis	· Desdentado total superior	· Buena capacidad a nivel de conceptualización, memoria, razonamiento.	· Todas las articulaciones están en mal estado.
	· HTA	· Gingivitis marginal simple, localizada	· Falla la concentración.	
	· Diabetes	· Caries activa.	· Personalidad madura, estabilidad.	
14	· Buen estado de salud.	· Gingivitis marginal simple localizada.	· Buena capacidad vital a nivel de conceptualización y memoria.	· El pie izquierdo está limitado con hombro derecho y cadera izquierda.
		· Caries activa.	· Falla en razonamiento.	· Retracciones severas en espinales y retracciones moderadas en los demás músculos.
		· Disfunción oclusal pura.	· Personalidad madura, estabilidad, bien integrada.	
		· Desdentada parcial superior.		
15	· HTA	· Desdentada total superior e inferior.	· Buen nivel de capacidad mental global a nivel de conceptualización, memoria, concentración.	· Todas las articulaciones están limitadas.
	· Hiperlipidemia			· Retracciones moderadas.

			· Falla en razonamiento.	
			· Personalidad pasiva.	
16	· HTA · Infección urinaria	· Desdentada total superior e inferior.	· Buen nivel de capacidad vital global frente a conceptualización, memoria y concentración. · Personalidad pasiva.	· Presenta dolor al movimiento de las rodillas. · Todas las articulaciones están normales.
17	· Flebitis · Úlcera varicosa · HTA	· Desdentada total superior, parcial inferior. · Gingivitis marginal marginal simple, localizada.	· Buena capacidad vital global frente a conceptualización, concentración y razonamiento. · Personalidad madura, integrada.	· Movilidad de todas las articulaciones normales. · Presenta retracciones moderadas y leves.
18	· Enfermedad ácido péptica · Artritis · Tiroidectomía.	· Desdentada total superior e inferior.	· Buena capacidad vital global; falla en razonamiento. · Personalidad madura.	· Limitada la movilidad de pies, cadera y hombros. · Presenta retracciones severas y moderadas.
19	· HTA · Hiperlipidemia	· Desdentado total superior, parcial inferior.	· Buena capacidad vital global a nivel de concentración,	· La movilidad articular está normal.

		· Gingivitis marginal simple.	memoria, razonamiento.	· Presenta retracciones moderadas.
		· Caries activa.	· Personalidad madura, estabilidad.	
20	Prostatismo	· Gingivitis marginal simple localizada, caries activa y desdentado parcial superior e inferior.	· Buena capacidad vital global a nivel de memoria y razonamiento.	· Limitación movilidad rodilla derecha, retracciones moderadas en las demás articulaciones.
21	· HTA	· desdentada total superior, caries activa, gingivitis marginal simple, localizada.	· Buena capacidad vital global a nivel de memoria, razonamiento. Personalidad madura.	· Movilidad normal, retracciones musculares moderadas.
22	· HTA Diabetes	· Desdentada total superior y parcial inferior, caries activa,	· Buena capacidad vital global a nivel de memoria y concentración. Personalidad pasiva.	· Limitación de todas las articulaciones.
23	· Prostatismo	· Presenta caries activa, enfermedad periodontal progresiva desdentado parcial inferior.	· Buena capacidad vital global a nivel de memoria y razonamiento. Personalidad madura, integrada.	· dolor columna dorsal
24	· Accidente cerebrovascular · HTA	· Caries activa gingivitis marginal simple localizada desdentado parcial superior e inferior	· Buena capacidad vital global a nivel de razonamiento, memoria y concentración. Personalidad estable.	· Hemiparesia derecha limitación movilidad miembro superior derecho.
25	· Artritis	Desdentado total	· Buena capacidad	· Limitación movi-

	reumatoidea	superior, gingivitis mar	vital global a nivel	lidad de manos y
	gastritis crónica.	ginal simple localizada	de razonamiento,	pies, dolor hombros
		caries activa.	memoria. personali-	retracciones modera-
			dad pasiva.	das musculos de
				hombros.
26	. HTA	. Desdentada total	. Buena capacidad	. Dolor articulaciones
	diabética	superior e inferior	vital global a nivel	
	lupus eritema-		de memoria.	
	toso		Personalidad pasiva.	
27	. Gastritis crónica	. Desdentada total	. Buena capacidad	. Limitación y dolor
	osteoporosis	superior, caries activa	vital global a nivel de	cadera derecha.
		gingivitis marginal	memoria y concentra-	
		simple localizada.	ción. Personalidad	
			estable.	
28	. Gastritis crónica	. Desdentada	. Buena capacidad	. Dolor crónico
	duodenitis	total superior	global general.	hombro derecho
	erosiva	enfermedad periodon-	Personalidad pasiva.	y dolor cervical
		tal progresiva.		
29	. HTA	. Caries activa	. Buena capacidad	..Limitación movili-
		gingivitis marginal	vital global a nivel	dad rodillas.
		simple.	de concentración,	
			memoria. Persona-	
			dad Pasiva.	
30	. Amigdalitis	. Gingivitis marginal	. Buena capacidad	. Dorsalgia severa
	aguda, sinusitis	simple generalizada,	vital global de memo-	espondiloartrósis
	crónica.	caries activa.	ria y concentración.	dorsal. Limitación
			Personalidad madura.	cadera derecha.
31	Artrosis predo-	Gingivitis marginal	Buena capacidad	Lumbalgia artrosis
	minio cadera	simple generalizada	vital global .Buena	cadera.
		caries activa	memoria, concentra-	

			ción y lógica. Personalidad estable.	
32	Colitis , sinusitis conjuntivitis angular, osteoporosis.	Enfermedad periodontal progresiva, caries activa.	Buena capacidad vital, falta razonamiento. Personalidad pasiva	Limitación y dolor de rodillas y pies
33	Sinusitis maxilar izquierda, dolor precordial y HTA	Desdentado total superior, caries activa	Buena capacidad a nivel de conceptualización, razonamiento falla la concentración personalidad estable	Limitación movilidad rodilla izquierda
34	. Neuritis ojos	. Desdentado total superior, caries activa.	. Buena capacidad mental frente a conceptualización, memoria y concentración. Personalidad estable	: Movilidad articular normal.
35	HTA perionixis	. Desdentado total superior e inferior	. Buena capacidad global a nivel de conceptualización, memoria, razonamiento. Falla la concentración. Personalidad madura.	. Limitación movilidad de las manos.
36	. Artritis reumatoidea	. Caries activa enfermedad periodontal progresiva.	. Buena capacidad global a nivel general personalidad pasiva.	. Cervicalgia, limitación movilidad rodilla derecha, lumbalgia.
37	Asma, HTA, accidente cerebrovas-	Desdentado total superior e inferior.	. Buena capacidad vital global. Falla	Limitación movilidad hombro derecho.

	cular, falla ventrículo izquierdo		memoria, concentración. Personalidad pasiva.	
38	. Diabetes mellitus	. Caries activa, gingivitis marginal simple localizada	. Buena capacidad vital global general. Estabilidad de las personalidad.	. Retracciones severas en los isquiotibiales
39	. Artritis crónica	. Hiperplasia traumática por prótesis total superior.	. Buen nivel de capacidad vital global frente a conceptualización memoria y concentración. Personalidad pasiva.	. Limitaciones severas en las falanges de las manos. Limitación moderada en las rodillas.
40	. HTA	. Desdentado total superior, caries activa	. Falla memoria y personalidad integrada madura, adaptada a la realidad.	. Limitación movilidad de las rodillas.
41	. HTA	. Enfermedad periodontal progresiva, caries activa	. Buena capacidad global, estabilidad, personalidad integrada.	. Dolor hombros
42	. Cataratas	. Desdentado total superior y caries activa	. Buena capacidad global; falla memoria remota y razonamiento. Personalidad madura	. Limitación movilidad rodillas.
43	. Osteoporosis HTa	. Desdentado total superior e inferior	. Buena capacidad global. Personalidad integrada.	. Dolor dorso lumbar limitación de la movilidad hombro derecho
44	. Espondiloartritis	. Caries activa	. PObre capacidad	. Limitación en la

	hernia umbilical	gingivitis marginal simple localizada	vital. Falla memoria, razonamiento, concentración. personalidad pasiva.	movilidad de la columna
45	. Hiperglicemia	. Enfermedad periodontal progresiva caries activa	. Personalidad estable. Falla memoria remota, concentración	. Retracción severa de isquiotibiales Movilidas articulaciones normal.
46	. Hipotiroidismo HTA	. Absceso periapical crónico, caries activa desdentado total superior.	. Buena capacidad vital global. Pobre a nivel de razonamiento personalidad madura e integrada.	. Movilidad hombro izquierdo limitada y de rodillas.
47	. HTA dislipidemia	. Desdentado total superior, caries activa	Baja capacidad vital global falla memoria secundaria. Personalidad pasiva.	. Lumbalgia, limitación movilidad rodilla derecha.
48	. Gastritis artritis reumatoidea	. Caries activa aftas residuales, gingivitis marginal simple localizada.	. Buena capacidad vital global. Falla la memoria remota. Personalidad madura integrada, equilibrada.	. Movilidad limitada a nivel de hombros y manos.
49	. Gastritis antral erosiva.	Caries activa, gingivitis marginal simple localizada.	Buena capacidad vital global. Buena memoria, concentración, Autoconcepto satisfactorio.	. Dolor columna dorsal y lumbar retracción severa de espinales y.
50	. HTA arritmia cardiaca	. Caries activa desdentado parcial	. Buena capacidad global a nivel de	. Dolor lumbar retracción severa

		superior e inferior	conceptualización	de isquiotibiales.
			memoria, razonamiento	
			y concentración.	
			Personalidad	
			pasiva.	
51	. Gastritis osteoporosis	. Desdentado total superior, gingivitis marginal simple localizada.	. Buen nivel de capacidad vital global o conceptua- lización, memoria y co concentración. Perso- nalidad pasiva.	. Dolor lumbar retracción severa de isquiotibiales espinales y pectora- les.
52	. Diabetes mellitus	. Caries activa gingivitis marginal simple localizada	. Buena capacidad vital a nivel de concentración, memo- ria, razonamiento. Personalidad madura estabilidad	. Limitación movilidad del hombro izquierdo
53	. Parkinson	. Desdentado total superior hiperplasia gingival generalizada	. Buena capacidad vital global frente a conceptualización concentración y razona- miento. Personalidad madura	. Limitación movilidad de la columna cervi- cal y hombros.
54	. Gastritis crónica	. Caries activa desdentado total superior. Gingivitis marginal simple localizada.	. Buena capacidad global. estabilidad a nivel de personalidad.	. Movilidad articular normal, retracción severa de isquiotibia- les y espinales,
55	. Várices miembros inferiores síndrome postflebítico	. Desdentado total superior y caries activa	. Personalidad madura Falla concentración y memoria remota.	. Dolor dorsal y lumbar

	úlcera gástrica			
56	Nefrolitiasis	. Desdentado parcial superior e inferior gingivitis marginal simple generalizada caries activa	. Buena capacidad vital global; falla memoria remota y a nivel de razonamiento. Personalidad madura.	. Limitación movilidad hombro derecho retracción severa
57	. HTA	. Desdentada total superior y parcial inferior caries activa	. Falla memoria personalidad integrada madura.	. Lumbalgia
58	. Prostatismo	. CAries activa aftas residuales	. Buena capacidad vital global, estabilidad personalidad integrada	. Movilidad articular normal
59	. Artritis reumatoidea	. Ulceras traumática por prótesis total superior desadaptada caries activa	. Buena capacidad vital global. Personalidad integrada	. Limitación de la movilidad de todas las articulaciones
60	. HTA	. Desdentado total superior e inferior	. Buena capacidad vital global. Falla memoria remota. Personalidad integrada	. Dolor lumbar retracción severa de isquiotibiales y espinales.

TABLA No 3. SALUD ORAL - PERFIL DE LA SUBMUESTRA

SALUD ORAL		
Caries	40	66.66%
Desdentado parcial superior	9	15%
Desdentado parcial inferior	11	18.33%
Gingivitis marginal simple	25	41.66%
Desdentado total superior	20	33.33%
Desdentado total inferior	1	1.66%
Desdentado total superior e inferior	12	20%
Disfunción oclusal patogénica	2	3.33%
Enfermedad periodontal	9	15%
Trauma periodontal	1	1.66%
Abceso periapical crónico	1	1.66%
Úlcera traumática por prótesis	1	1.66%
Hiperplasia traumática por prótesis	1	1.66%

TABLA No. 4. PSICOLOGIA - PERFIL DE LA SUBMUESTRA

EVALUACION PSICOLÓGICA		
Buena capacidad vital global y personalidad integrada	29	48.33%
Buena capacidad vital global y personalidad pasiva	12	20%
Personalidad pasiva y falla en memoria, concentración y raciocinio	8	13.33%
Aceptable capacidad vital	1	1.66%
Buena capacidad vital global y falla de alguno de los factores cognoscitivos	10	16.66%
TOTAL	60	100%

TABLA No. 5. MEDICINA - PERFIL DE LA SUBMUESTRA

EVALUACION MEDICA		
HTA	19	31.66%
Asma	2	3.33%
Prostatismo	3	5%
Cataratas	1	1.66%
Artritis	7	11.66%
Sinusitis	4	6.66%
Osteoporosis	2	3.33%
Hernia discal	1	1.66%
Enfermedad AP	8	13.33%
Diabetes	3	5%
Sano	2	3.33%
Flebitis	1	1.66%
ACV	1	1.66%
Neuritis	1	1.66%
Apendicitis	1	1.66%
Hipotiroidismo	1	1.66%
Enfermedad parkinson	1	1.66%
Várices	1	1.66%
Nefrolitiasis	1	1.66%
Una sola patología	26	43.33%
Dos patologías	24	40%
Asocian tres o más patologías	8	13.33%
Sin patologías	2	3.33%

TABLA No. 6. FISIOTERAPIA - PERFIL DE LA SUBMUESTRA

EVALUACION FISIOTERAPIA		
RETRACCIONES:		
Moderadas		28.33%
Leves		13.33%
Severas		20%
Normal		38.34%
MOVILIDAD ARTICULAR		
Normal		48.33%
Limitación miembros superiores		26.67%
Limitación miembros inferiores		31.67%
Limitado columna		1.67%
Limitado columna cervical		1.67%
PATOLOGIAS IMPORTANTES		
Cervicalgias	1	1.66%
cifosis dorsal	1	1.66%
Dorsolumbalgias	8	13.33%
Lumbalgias	2	3.33%
Dorsalgias	2	3.33%
Hemiparesia	1	1.66%
Espondiloartrósis	1	1.66%
Artrosis cadera	1	1.66%

TABLA No 7. PUNTAJES OBTENIDOS ANTES DEL PRIMER TALLER	
Sujetos	Puntaje Bruto
1	39
2	38
3	38
4	38
5	38
6	37
7	37
8	36
9	36
10	35
11	35
12	35
13	35
14	34
15	33
16	33
17	32
18	32
19	10
20	6



Tabla 8. PUNTAJES BRUTOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DESPUES DEL PRIMER TALLER	
Sujetos	P.B
1	39
2	38
3	38
4	38
5	38
6	38
7	38
8	37
9	37
10	37
11	36
12	36
13	36
14	35
15	35
16	35
17	35
18	35
19	33
20	20

**Tabla 9. PUNTAJES BRUTOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO
ANTES DEL SEGUNDO Y TERCER TALLER**

SUJETOS	P.B
1	30
2	28
3	28
4	27
5	26
6	25
7	25
8	25
9	25
10	25
11	24
12	24
13	24
14	23
15	23
16	22
17	22
18	21
19	20
20	20
21	20
22	19
23	19
24	18
25	17
26	17
27	16
28	14
29	14
30	10
31	9
32	8
33	7

**Tabla 10. PUNTAJES BRUTOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA
DESPUES DEL 2° Y 3 TALLER**

SUJETOS	P.B
1	34
2	31
3	30
4	29
5	29
6	29
7	28
8	27
9	26
10	26
11	26
12	25
13	25
14	25
15	24
16	24
17	23
18	23
19	23
20	22
21	22
22	21
23	21
24	20
25	19
26	19
27	14
28	No asistió
29	No asistió
30	No asistió
31	No asistió
32	No asistió
33	No asistió

TABLA No. 11 ESTADISTICAS COMPARATIVAS PRE Y POST PRIMER TALLER

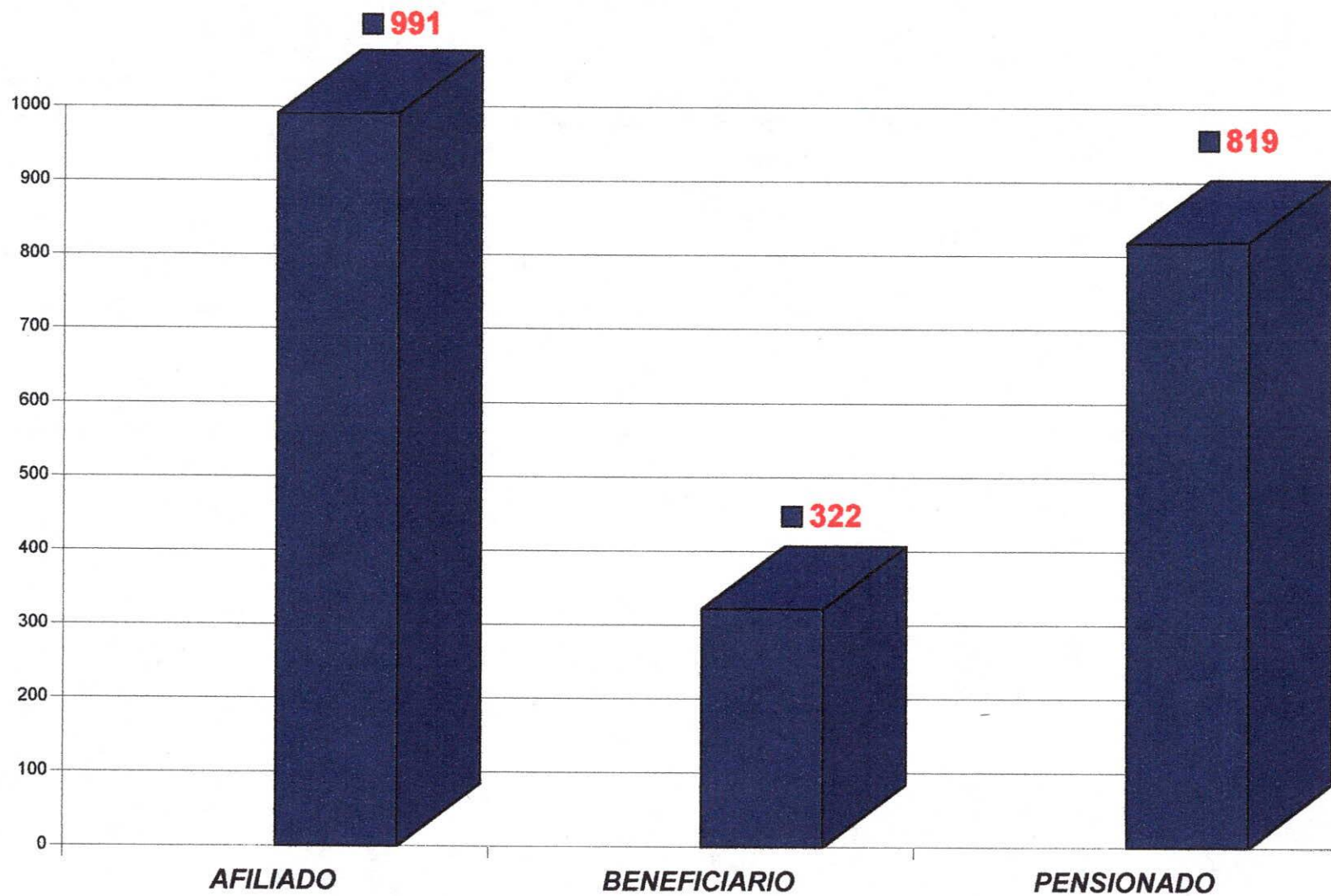
	MEDIA	DESV. EST.
Pre-taller	32.85	8.55
Post-taller	35.7	3.9

TABLA N. 12 ESTADISTICAS COMPARATIVAS PRE Y POST SEGUNDO Y TERCER TALLER

	MEDIA	DESV. EST.
Pre-taller	20.45	5.90
Post-taller	24.62	4.23

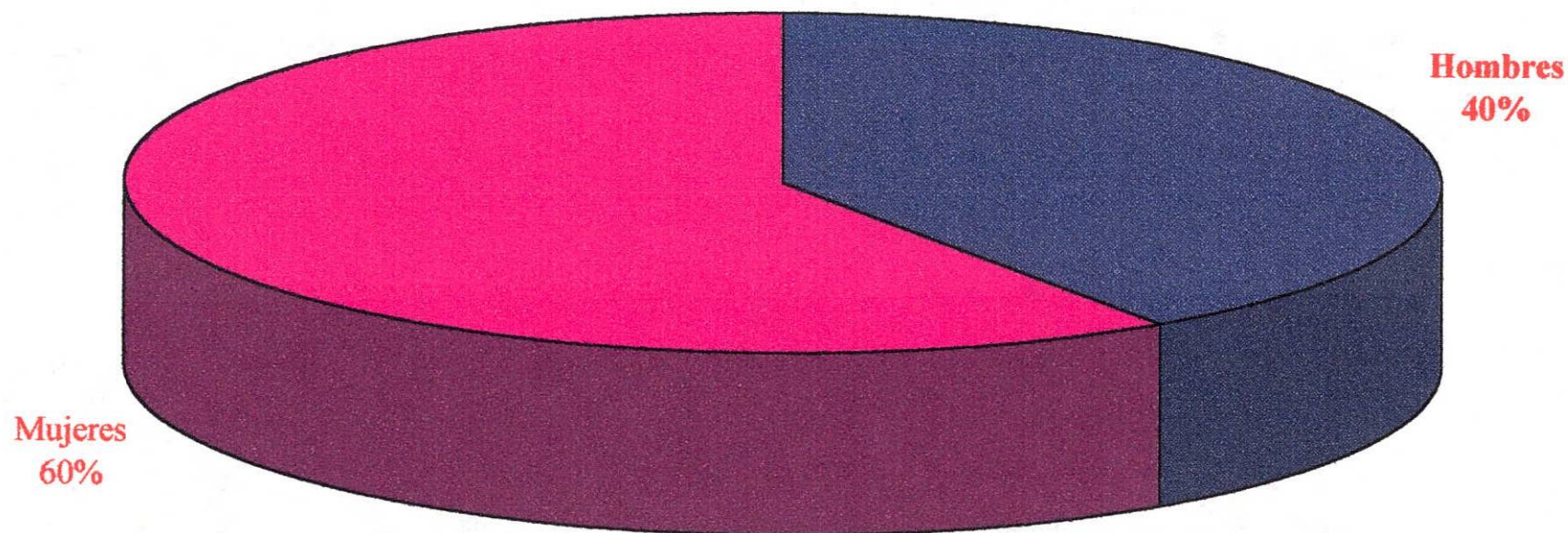
COMPOSICIÓN DE USUARIOS SEGÚN TIPO DE VINCULACION

GRAFICA N. 1

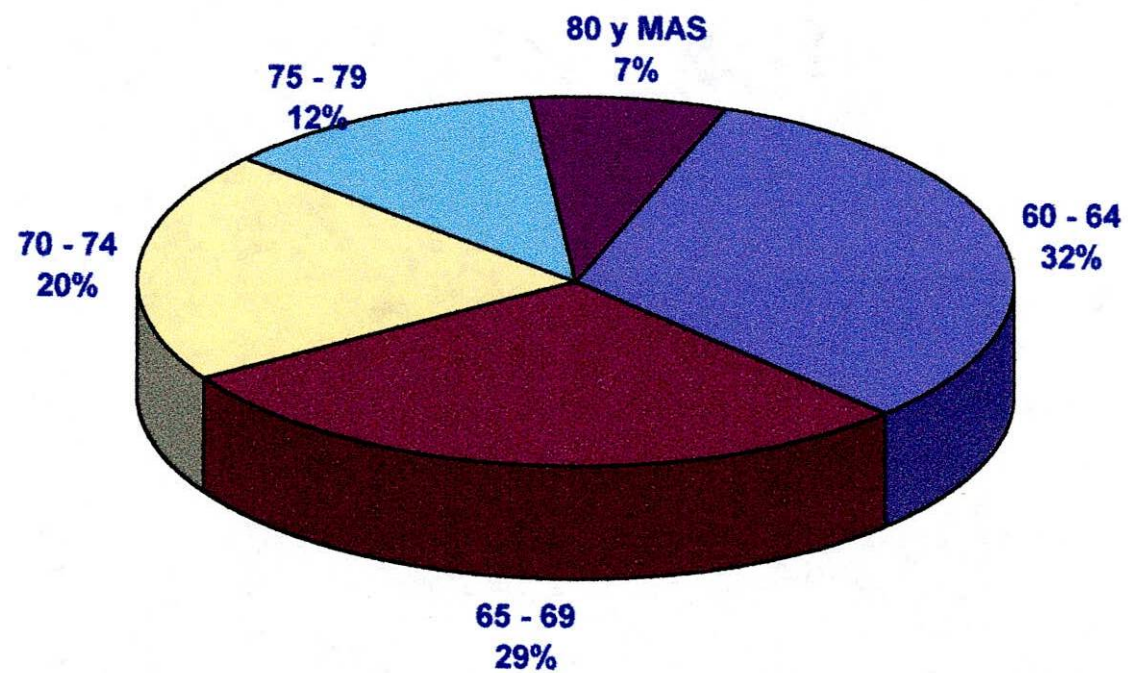


COMPOSICIÓN DE USUARIOS SEGÚN SEXOS

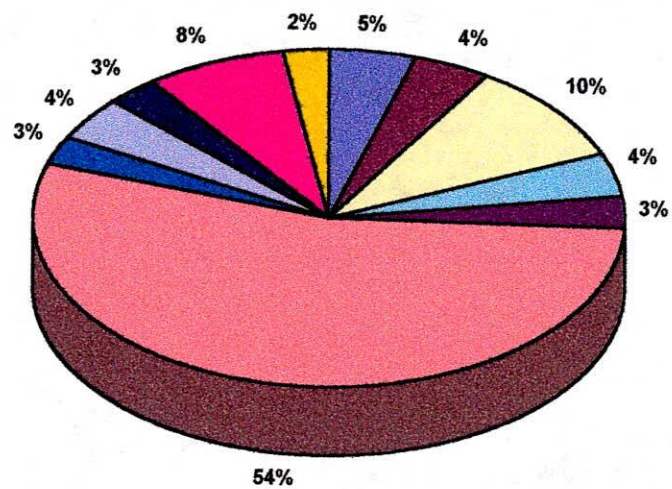
GRAFICA NO. 2



COMPOSICIÓN DE USUARIOS SEGÚN RANGOS DE EDADES
GRAFICA N 3

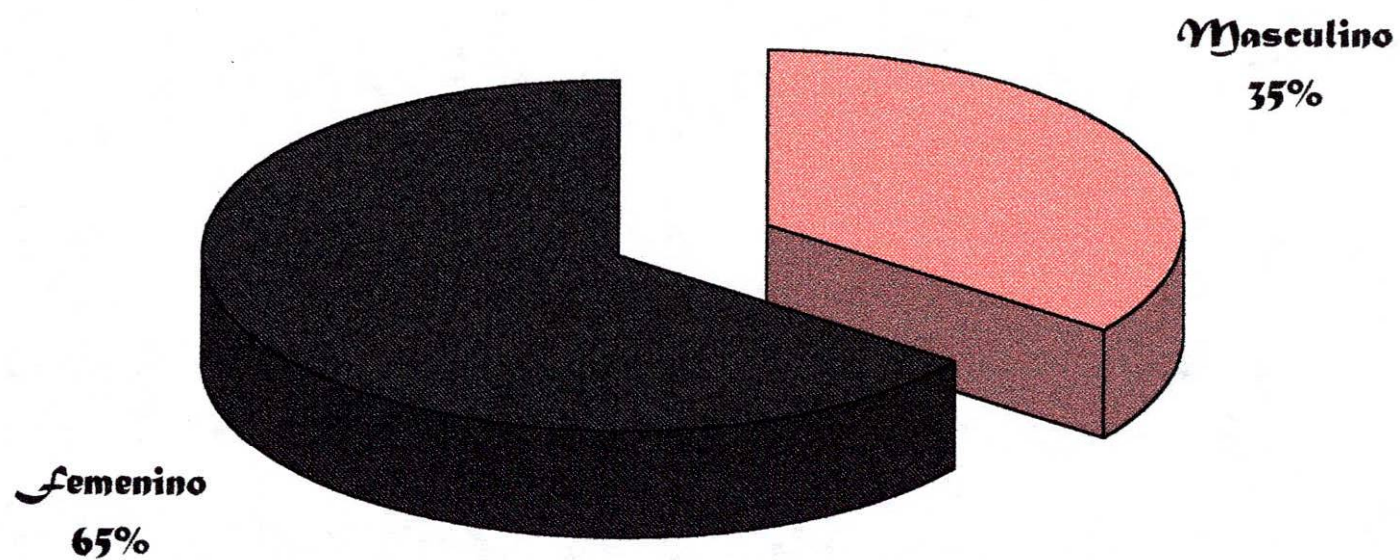


DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA
GRAFICA N 4

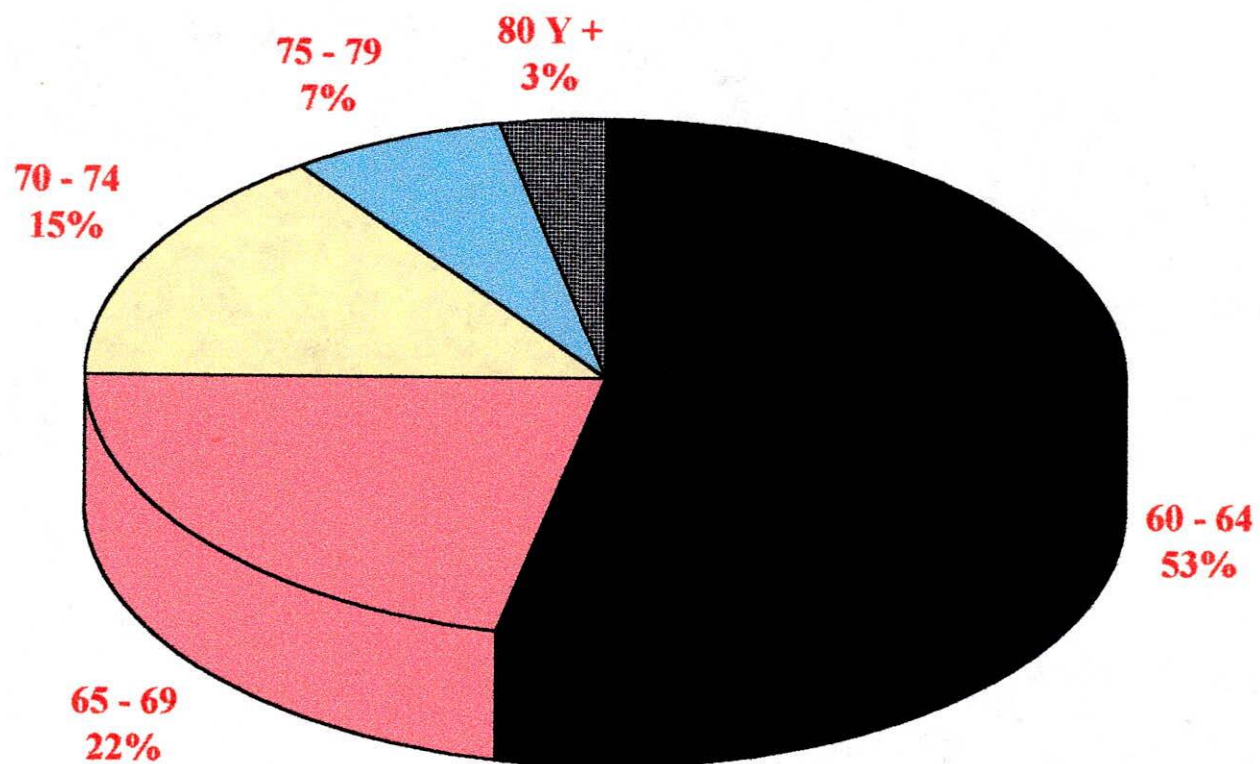


- ☒ Osteoartrosis
- ☒ Rinofaringitis
- ☒ Diabetes Mellitus
- ☒ Transtornos del metabolismo de los lípidos
- ☒ Artritis Rematoidea
- ☒ HTA
- ☒ Causas mal definidas de Morbilidad
- ☒ Transtornos del metabolismo de los lípidos
- ☒ Transtornos de la Uretra y del Aparato urinario
- ☒ Gastritis
- ☒ Varices de los Miembros inferiores

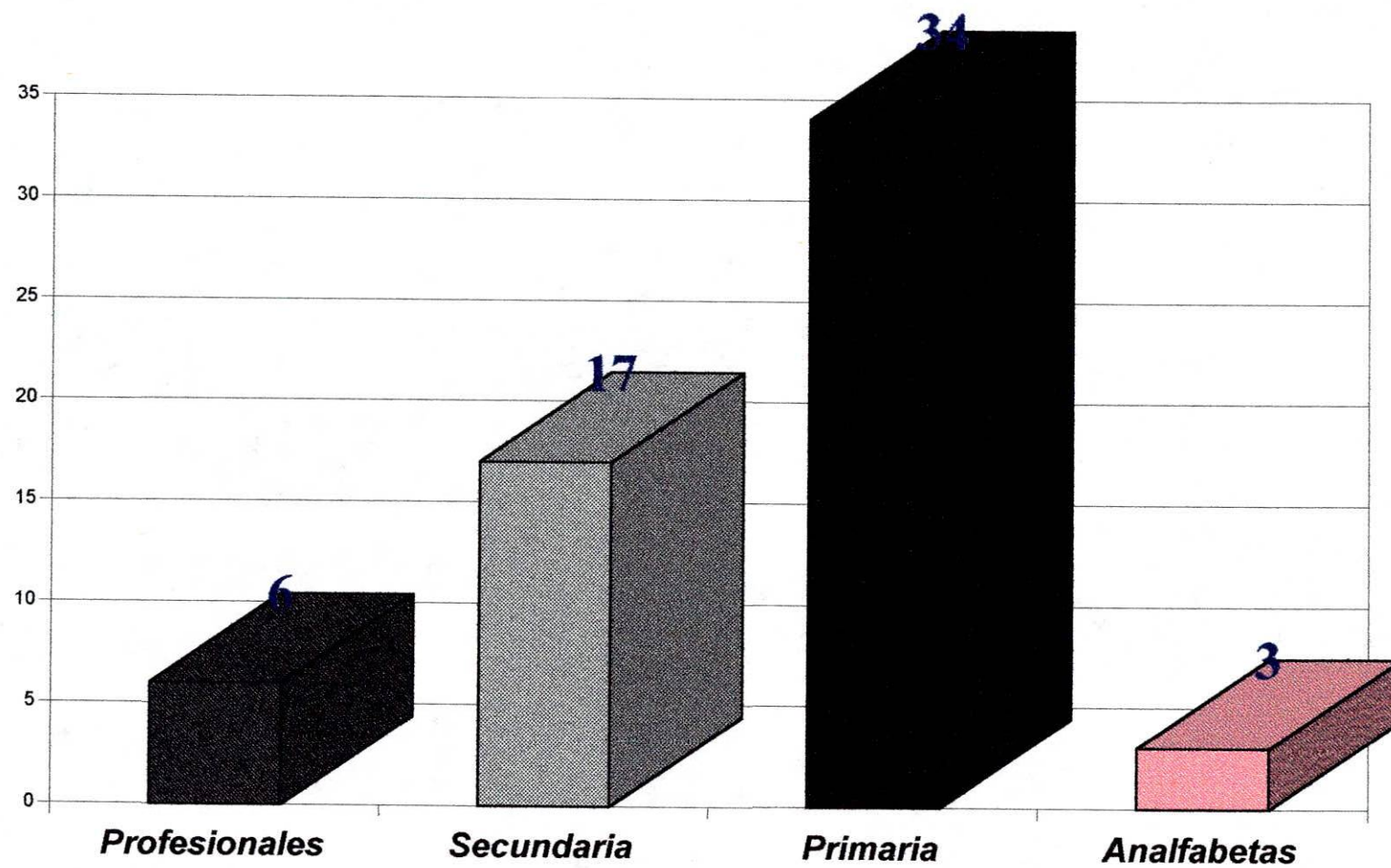
SUBMUESTRA DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO
GRAFICA N. 5



SUBMUESTRA POBLACIÓN SEGÚN EDAD
GRAFICA N. 6

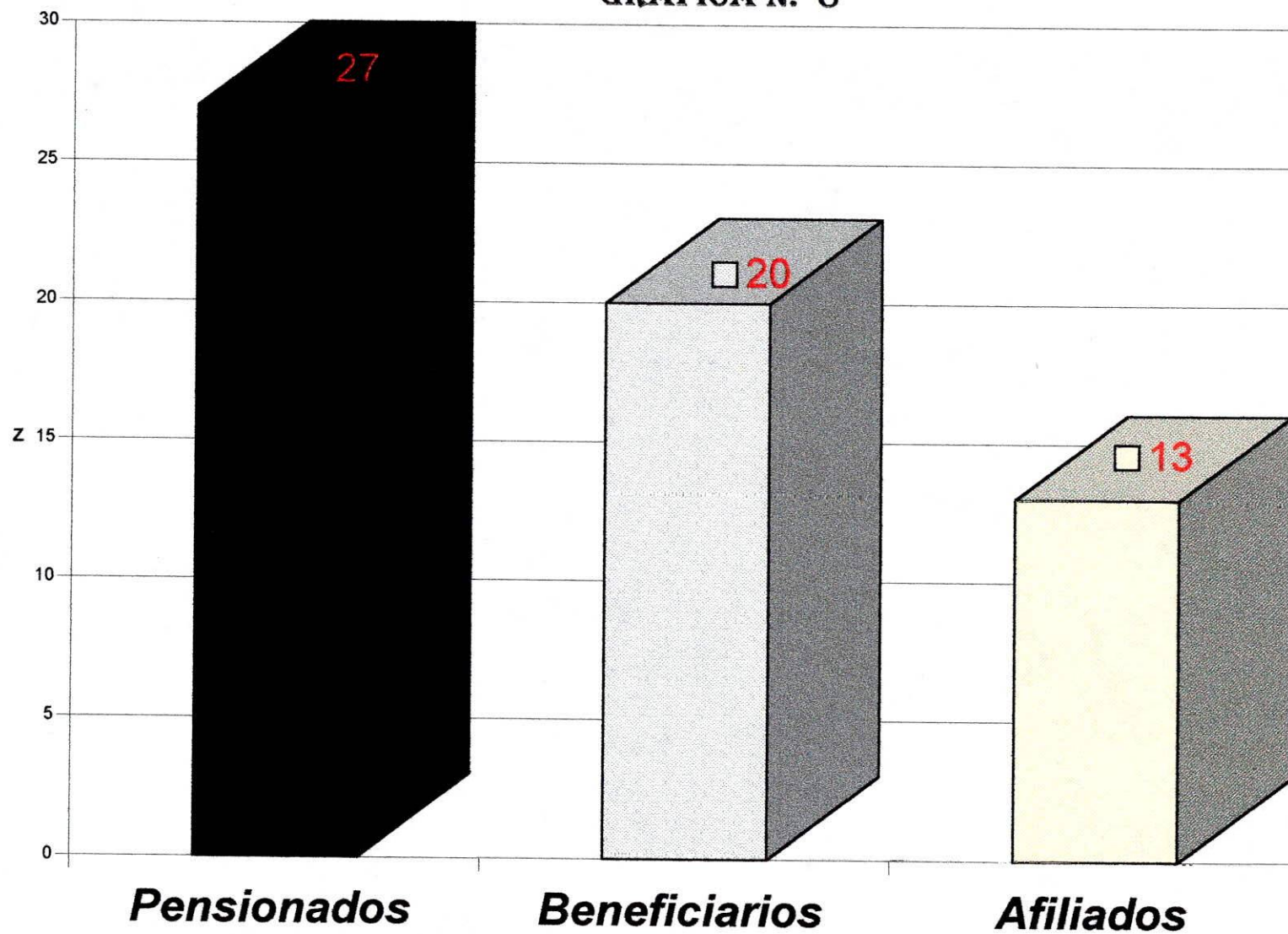


SUBMUESTRA DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRADO DE EDUCACIÓN
GRAFICA N. 7

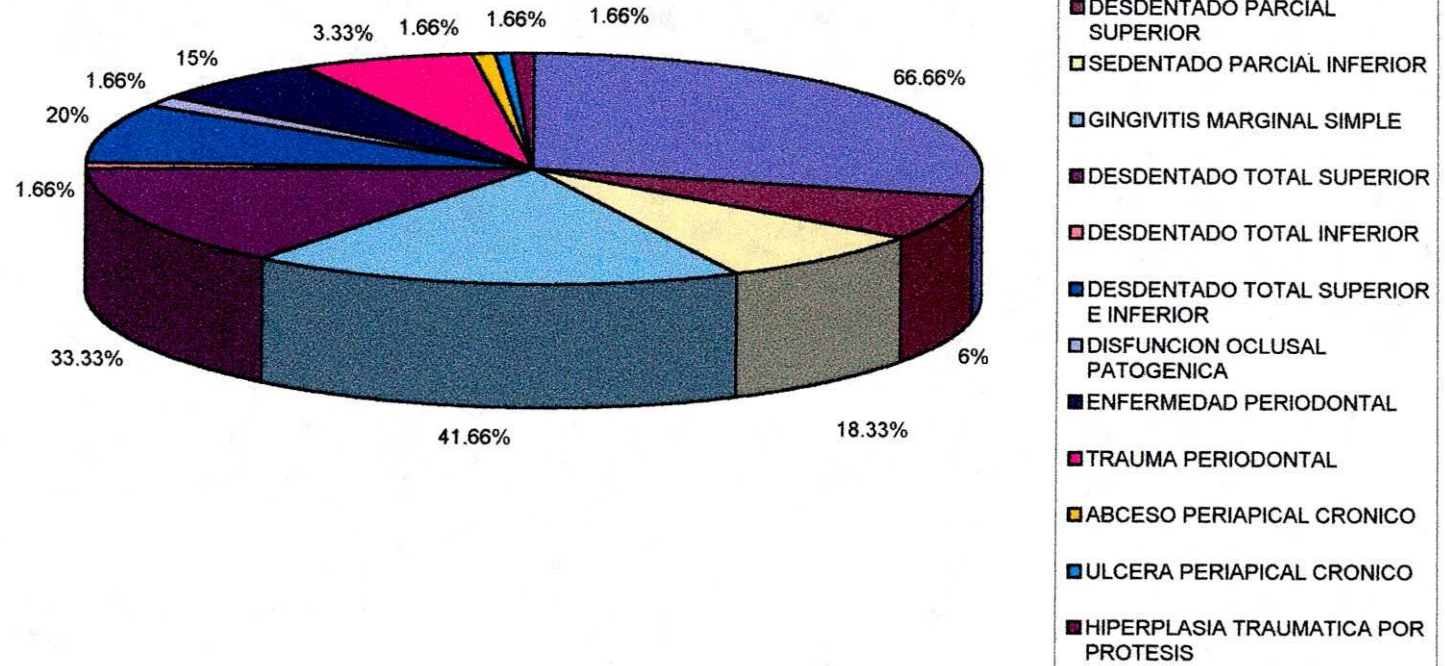


SUBMUESTRA SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN

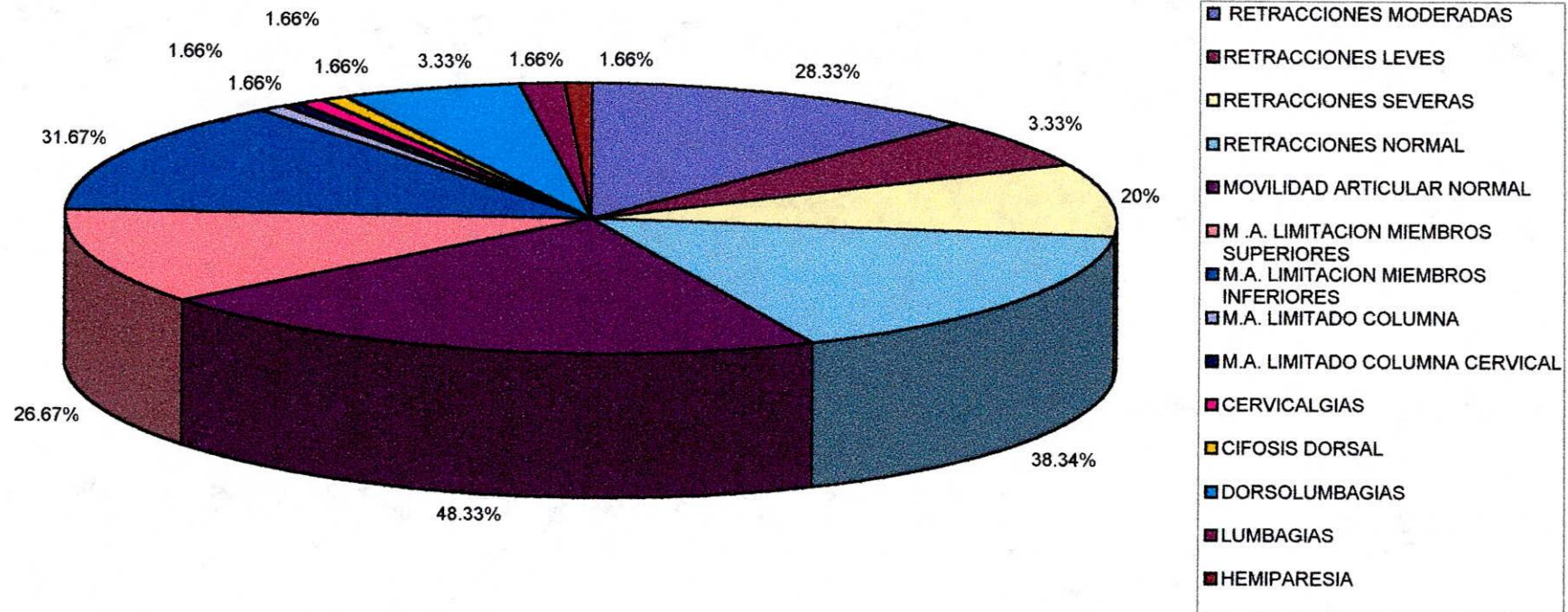
GRAFICA N. 8



SALUD ORAL - PERFIL DE LA SUBMUESTRA
GRAFICA N. 9

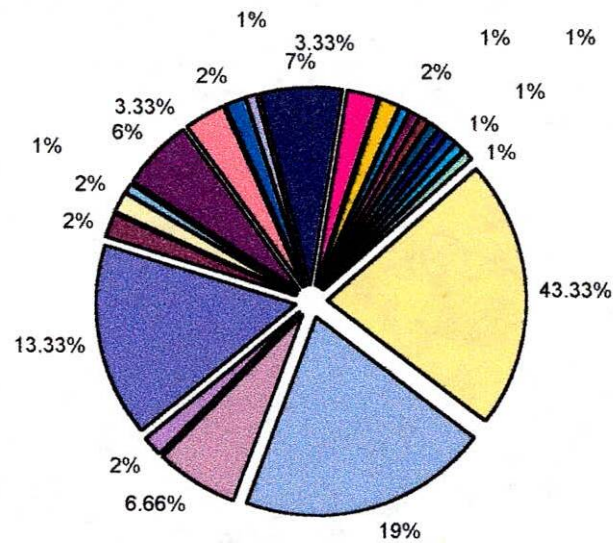


FISIOTERAPIA PERFIL DE LA SUBMUESTRA
GRAFICA N. 10



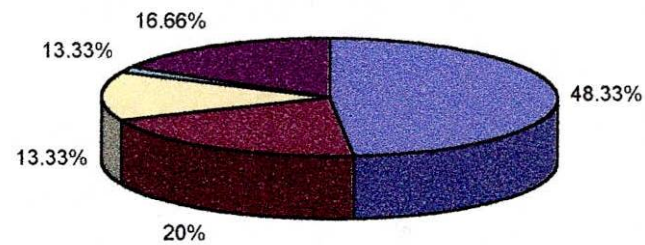
MEDICINA PERFIL DE SUBMUESTRA

GRAFICA N. 11



- HTA
- ASMA
- PROSTATISMO
- CATARATAS
- ARTRITIS
- SINUSITIS
- OSTEOPOROSIS
- HERNIA DISCAL
- ENFERMEDAD AP
- DIABETES
- SANO
- FLEBITIS
- ACV
- NEURITIS
- APENDICITIS
- HIPOTIRODISMO
- ENFERMEDAD PARKINSON
- VARICES
- NEFROLITIASIS
- PARA UNA SOLA PATOLOGIA
- PARA DOS PATOLOGIAS
- ASOCIAN DE TRES O MAS PATOLOGIAS
- SIN PATOLOGIAS

PSICOLOGIA PERFIL DE LA SUBMUESTRA
GRAFICA N. 12



■ BUENA CAPACIDAD VITAL GLOBAL Y PERSONALIDAD INTEGRADA

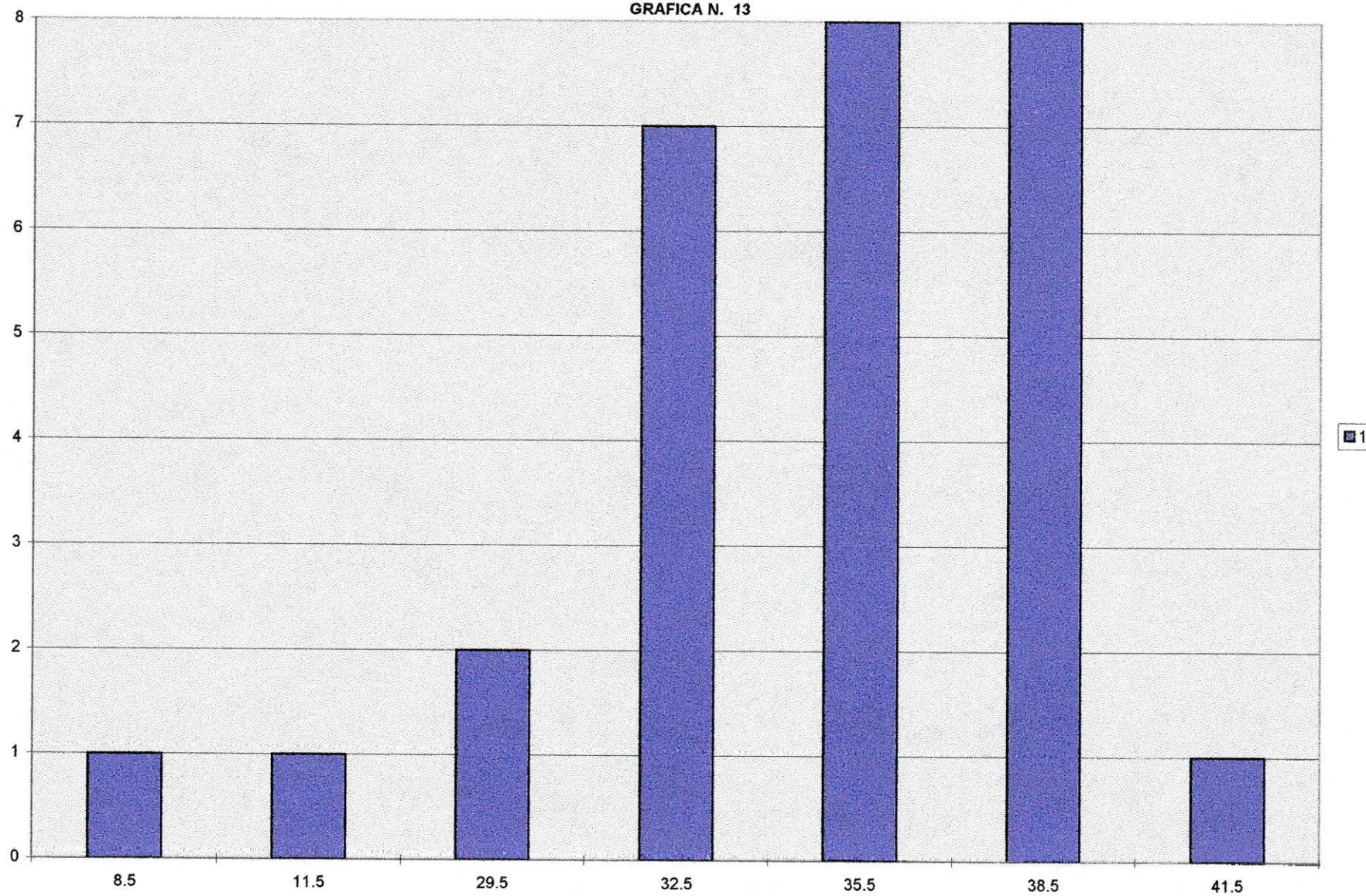
■ BUENA CAPACIDAD VITAL GLOBAL Y PERSONALIDAD PASIVA

□ PERSONALIDAD PASIVA Y FALLA EN MEMORIA, CONCENTRACION Y RACIOCINIO

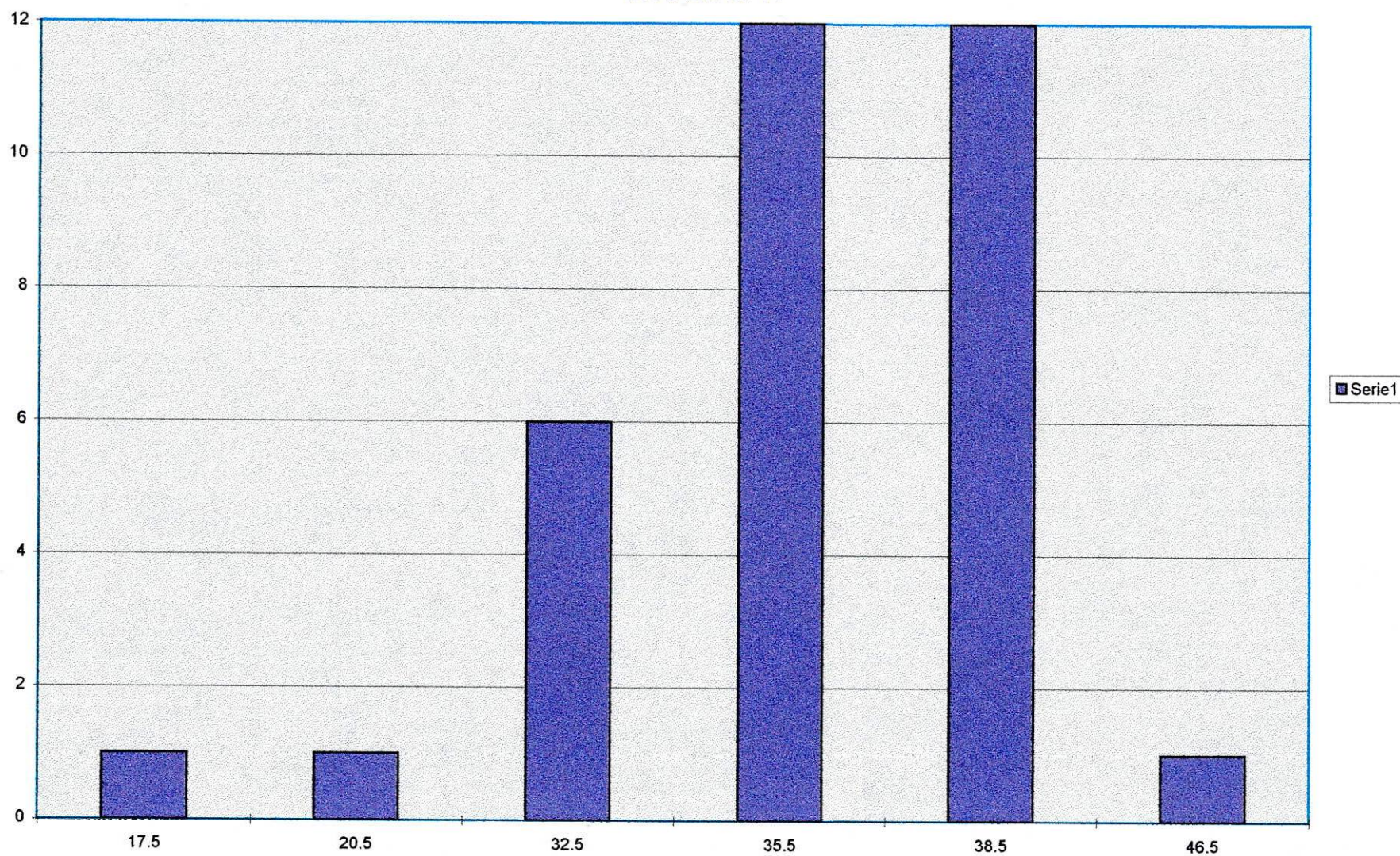
■ ACEPTABLE CAPACIDAD VITAL

■ BUENA CAPACIDAD VITAL GLOBAL Y FALLA DE ALGUNOS FACTORES COGNOSCITIVOS

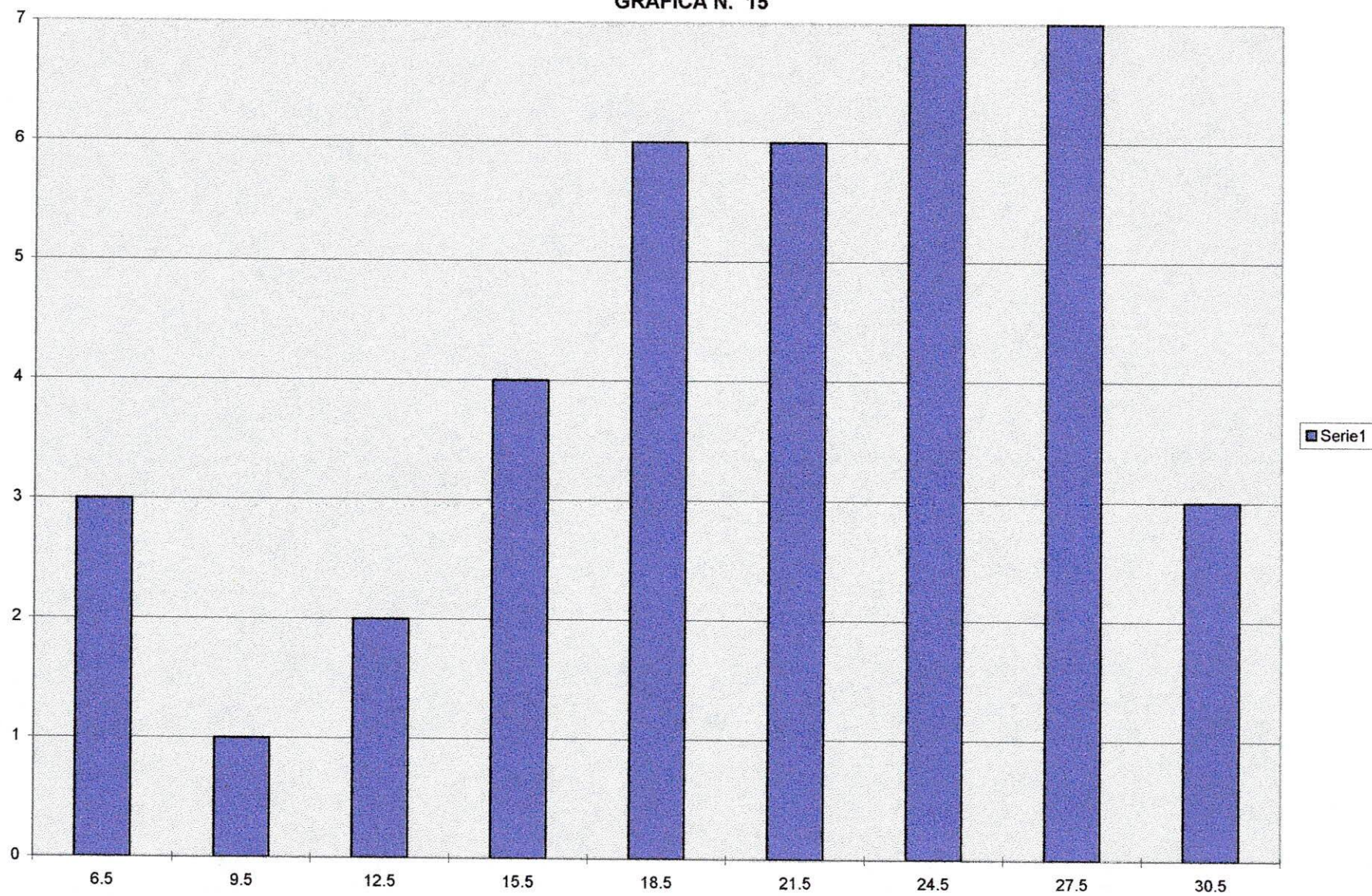
HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO ANTES DEL PRIMER TALLER
GRAFICA N. 13



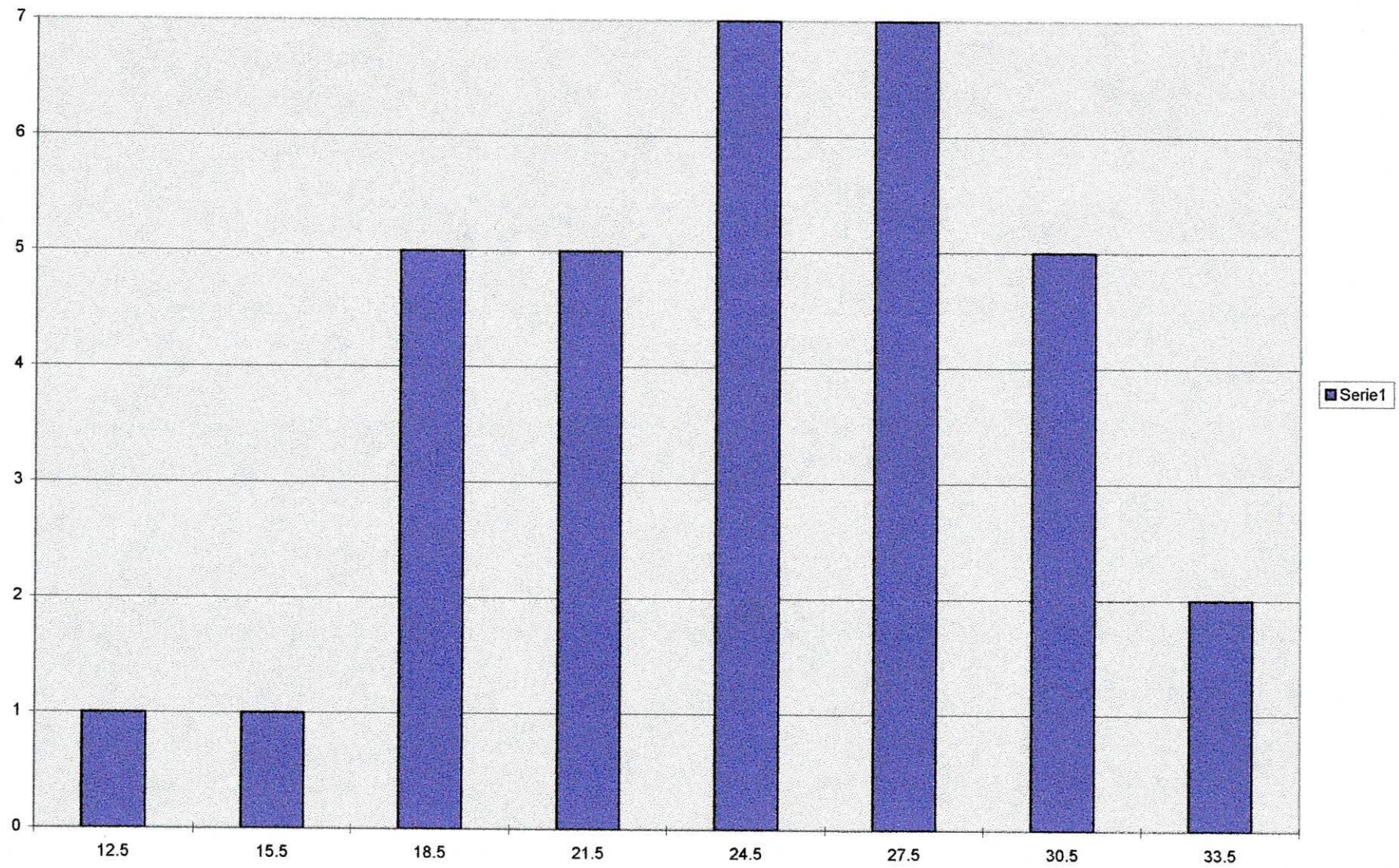
**HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DESPUES DEL
PRIMER TALLER
GRAFICA N. 14**



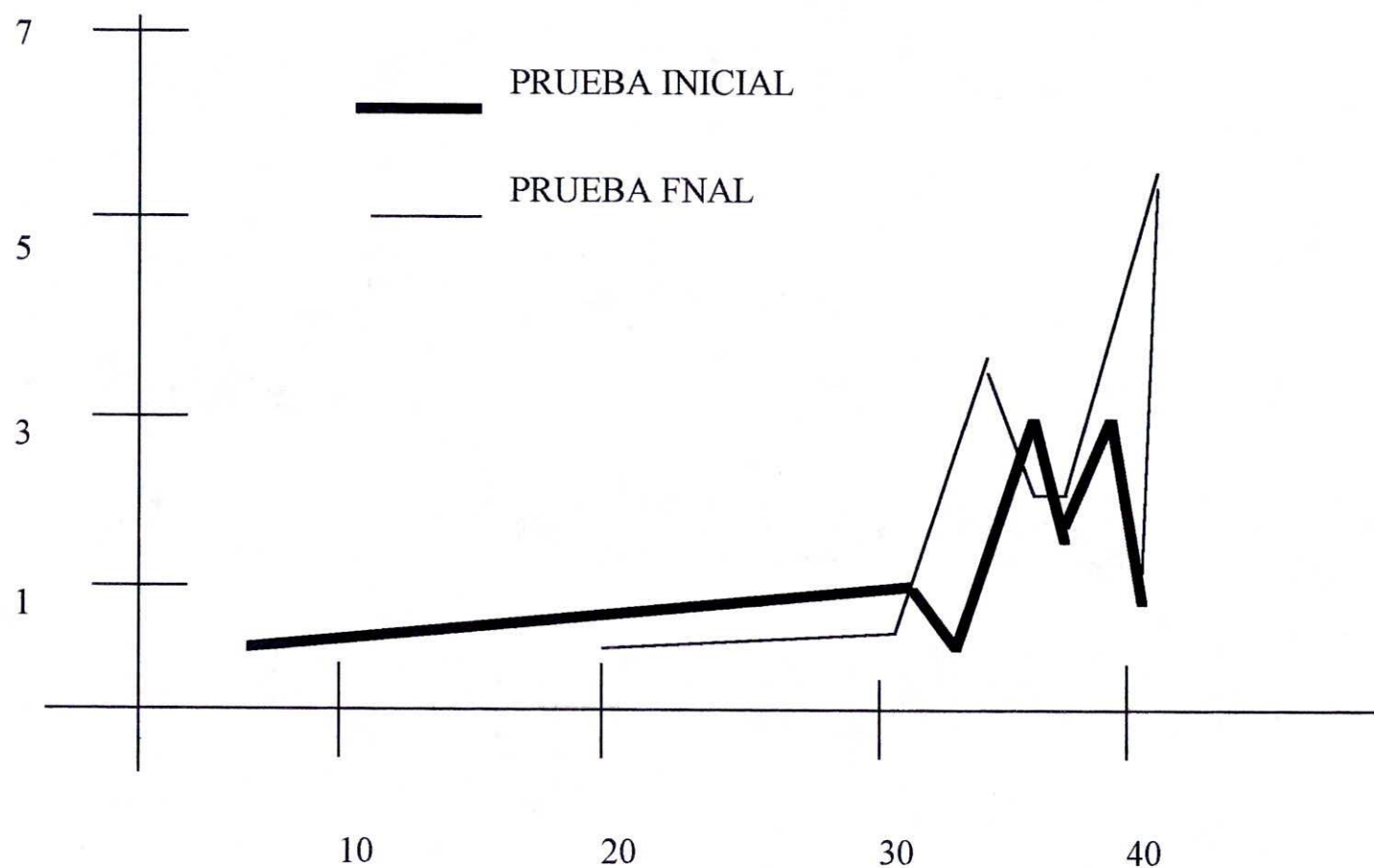
HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO, ANTES DEL
SEGUNDO Y TERCER TALLER
GRAFICA N. 15



HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DESPUES DEL SEGUNDO Y TERCER TALLER
GRAFICA N. 16



POLIGONO DE FRECUENCIAS COMPARATIVO DE LOS CUESTIONARIOS INICIAL Y FINAL DEL PRIMER TALLER GRAFICA N. 17



POLIGONO DE FRECUENCIAS COMPARATIVO DE LOS CUESTIONARIOS INICIAL Y FINAL DEL SEGUNDO Y TERCER TALLER GRAFICA N. 18

