

**PROGRAMA DE APOYO A LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR Y
PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
MONTENEGRO-QUINDÍO**

LEIDY JOHANNA COLORADO GÓMEZ

**UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y BELLAS ARTES
PROGRAMA DE GERONTOLOGIA
ARMENIA-QUINDIO
2007**

**PROGRAMA DE APOYO A LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR Y
PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
MONTENEGRO-QUINDÍO**

LEIDY JOHANNA COLORADO GÓMEZ

Trabajo presentado como requisito para optar el título de Gerontóloga

**LEONARDO IVÁN QUINTANA URREA
ANTROPÓLOGO
ASESOR DE TRABAJO DE GRADO MODALIDAD PASANTIA**

**UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y BELLAS ARTES
PROGRAMA DE GERONTOLOGIA
ARMENIA-QUINDIO**

2007

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Armenia, Quindío Agosto de 2007

DEDICATORIA

A mi padre Javier Colorado, por su perdurable apoyo emocional, económico y espiritual durante todo el proceso de mi carrera, por su responsabilidad, dedicación, comprensión, amistad y por enseñarme a discernir entre las prioridades de la vida; también por su consejo de seguir luchando por superarme y alcanzar mis metas a nivel personal, intelectual y espiritual.

A mi madre Franceneth Gómez por su excepcional amor, amistad, comprensión, e infinito apoyo emocional y espiritual, por enseñarme a amar a Dios, y porque en los momentos más difíciles fue quien estuvo presente para brindarme aliento, darme un sabio consejo y pedirle a nuestro Dios que me diera fuerzas para salir adelante.

A mi hermano Jhon Alexander por su amor, amistad, apoyo y colaboración en los momentos que más lo necesite, y por animarme en los instantes de tristeza que se presentaron durante este proceso.

A mi novio Jesús López por su amor, comprensión, amistad y apoyo durante el periodo de pasantía.

AGRADECIMIENTOS

Al Único, Eterno y sabio Dios, aquel que nos corona de favores y misericordias, al que nos da fuerzas cuando ya no hay ninguna de modo que nos rejuvenezcamos como el águila, quiero darle gracias por darme la vida y la oportunidad de conocerle y servirle; a Él quiero agradecerle infinitamente por darme sabiduría e inteligencia, por dirigirme durante este largo camino, por ser mi luz y mi salvación en los momentos mas oscuros de mi vida; lo cual me lleva a la conclusión que me ha creado para que tenga una vida con propósito.

A mis padres, a mi hermano y a mi novio por su amor, comprensión y apoyo durante el desarrollo de la carrera.

A los Adultos Mayores y a sus familias por abrir sus puertas y compartir conmigo sus experiencias.

A la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Montenegro-Quindío, por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad de adquirir una experiencia que no solo contribuyo en nuestro desarrollo profesional, sino que permitió enriquecer nuestro proyecto de vida.

A la Gerontóloga Claudia Janeth Ladino tutora en el Hospital San Vicente de Montenegro, por su amistad y apoyo emocional y profesional durante la pasantía.

Al profesor Leonardo Quintana asesor de pasantía por su dedicación y ayuda profesional durante el desarrollo de la pasantía.

A mis compañeras de pasantía por los momentos compartidos y porque de juntas luchamos por un sueño que aunque con obstáculos hoy lo vemos hecho realidad.

A cada uno de mis amigos y profesores que de una u otra manera fueron un apoyo incondicional y contribuyeron en el logro de este sueño.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. JUSTIFICACIÓN	18
2. OBJETIVOS	23
2. 1 Objetivo General	23
2. 2 Objetivos Específicos	23
3. MARCO REFERENCIAL	25
3. 1 Marco Contextual	25
3. 2 Marco Teórico	35
3. 2. 1 ENVEJECIMIENTO	35
3. 2. 1. 1 Cambios Biológicos	36
3. 2. 1. 2 Cambios Físicos	38
3. 2. 1. 3 Cambios Psíquicos	38
3. 2. 1. 4 Cambios Sociales	39
3. 2. 1. 5 Cambio de rol en la comunidad	40
3. 2. 1. 6 Cambio de rol laboral	40
3. 2. 2 ALGUNAS ETAPAS DEL CICLO VITAL	42
3. 2. 2. 1 Infancia Intermedia	43
3. 2. 2. 2 La Adolescencia	43

3. 2. 2. 3 La Adultez	44
3. 2. 2. 4 La Vejez	47
3. 2. 3 MITOS ASOCIADOS A LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO	51
3. 2. 4 MEMORIA	54
3. 2. 5 RELACIONES SOCIALES Y REDES DE APOYO	57
3. 2. 5. 1 Redes primarias de apoyo social	60
3. 2. 5. 2 Redes secundarias de apoyo social	63
3. 2. 6 LA FAMILIA	64
3. 2. 6. 1 Tipos de familia	65
3. 2. 6. 2 La comunicación y la familia	70
3. 2. 6. 3 Familia y Envejecimiento	72
3. 2. 6. 4 El cuidado del anciano en ámbito familiar	73
3.2. 6. 7 Conflictos de la familia	74
3.2. 6. 8 Violencia intrafamiliar	81
3.2. 7 Visita Domiciliaria	85
3.2.8 Estrés	85
3.2. 9 Actividad física	88
3. 2. 10 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS	92
3. 2. 11 ESPACIOS LIBRES DE HUMO	99
3. 2. 12 LIDERAZGO	101
3. 2. 13 LA RECREACIÓN	103
3. 2. 14 RELAJACIÓN	110
3. 2. 15 LA MENOPAUSIA	112

4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	116
5. RESULTADOS	213
5. 1. Resultados Área Educativa	213
5. 2 Resultados Área lúdico-Recreativa	214
5. 3 Resultados Área Deportiva	215
5. 4 Resultados Área Cultural	216
6. LOGROS	232
7. CONCLUSIONES	235
8. RECOMENDACIONES	240
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	241
LISTA DE ANEXOS	245

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N° 1, 2 y 3. Taller Vivir Saludable	138
FIGURA N° 4. Dinámica de Integración	139
FIGURA N° 5. Dinámica de Ambientación y reflexión	139
FIGURA N° 6. Taller como cuidar a los padres que nos cuidaron	139
FIGURA N° 7. Padres y Abuelos Institución Educativa Santander Fundadores	139
FIGURA N° 8-9. Mural de los deseos	140
FIGURA N° 10. Grupo del Centro Dia Atardecer Montenegrino	140
FIGURA N° 11. Lectura de reflexión	140
FIGURA N° 12. Charla educativa con el grupo del Comedor	140
FIGURA N° 13-14. Taller Educativo “Entendiendo mi proceso”	141
FIGURA N° 15. Taller de Integración Abuelos- Nietos	141
FIGURA N° 16. Taller Identificando nuestras necesidades familiares	141
FIGURA N° 17. Estudiantes de 2-A de la Institución Educativa Santander	145
FIGURA N° 18-19. Estudiantes de 2-B de la Institución Educativa Santander	145
FIGURA N° 20. Estudiantes de 2-C de la Institución Educativa Santander	145
FIGURA N° 21. Estudiantes de 1-A de la Institución Educativa Rafael Uribe Uribe.	146
FIGURA N° 22. Estudiantes de 2-E de la Institución Educativa Rafael Uribe Uribe.	146
FIGURA N° 23. Estudiantes de 2-D de la Institución Educativa Rafael Uribe	

Uribe.	146
FIGURA N° 24. Estudiantes de 2-A de la Institución Educativa La Soledad	146
FIGURA N° 25. Estudiantes de 1-A de la Institución Educativa Caldas	147
FIGURA N° 26. Estudiantes de 2-B de la Institución Educativa Caldas	147
FIGURA N° 27. Estudiantes de 2-A de la Institución Educativa Caldas	147
FIGURA N° 28, 29, 30 y 31. Sensibilización con los niños del B/ Comuneros	148
FIGURA N° 32-33. Sensibilización “Facilito la convivencia con mi abuelo”	153
FIGURA N° 34. Elaboración de Manualidad	153
FIGURA N° 35-36. Sensibilización con los niños de los B/ Santa Elena y Balastera	156
FIGURA N° 37-38. Club de lectura	156
FIGURA N° 39-40. Actividad Recreativa	156
FIGURA N° 41-42. Actividad Física con los Adultos Mayores del Comedor	158
FIGURA N° 43-44. Actividad Física con los Adultos Mayores de la Julia	158
FIGURA N° 45-46. Actividad Física con los Adultos Mayores de la Pista	159
FIGURA N° 47. Actividad Física con los Adultos Mayores de La Balastrea	159
FIGURA N° 48-49. Actividad Física con los Adultos Mayores de Los Robles	159
FIGURA N° 50-51. Ejercicios de relajación con los adultos mayores del Centro día.	161
FIGURA N° 52-53. Ejercicios de relajación con los adultos mayores de la Pista.	161
FIGURA N° 54-55. Grupo del Barrio La Julia jugando Bingo	164
FIGURA N° 56 Grupo del Comedor de Bomberos jugando Bingo	164

FIGURA N° 57-58 Grupo del Barrio Los Robles jugando Bingo	164
FIGURA N° 59 Elaboración de la bolsa de regalo en el grupo de La Julia	169
FIGURA N° 60 Elaboración del matero en fomi en los grupos de La Julia y los Robles.	170

ÍNDICE DE GRAFICAS

	Pág.
GRAFICA N° 1. Porcentaje de la población con alto nivel de participación en actividades educativas.	213
GRAFICA N° 2. Porcentaje de asistencia en actividades lúdicas y recreativas.	214
GRAFICA N° 3. Porcentaje de asistencia en actividades deportivas.	215
GRAFICA N° 4. Porcentaje de asistencia en actividades culturales.	216
GRAFICA N° 5. Porcentaje de adultos mayores beneficiados de las actividades recreativas, deportivas, educativas y culturales.	217
GRAFICA N° 6. Porcentaje de familias beneficiadas de las actividades recreativas, deportivas, educativas y culturales.	218
GRAFICA N° 7. Porcentaje de pacientes hipertensos y diabéticos identificados a través de la visita domiciliaria.	219
GRAFICA N° 8. Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas durante el periodo de pasantía.	219
GRAFICA N° 9. Porcentaje de familias con adultos mayores educadas a través de la visita domiciliaria.	220
GRAFICA N° 10. Porcentaje Estrategias de intervención	221

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA Nº 1. Niveles de colesterol en sangre	93
TABLA Nº 2. Descripción de las manualidades desarrolladas en los grupos	168
TABLA Nº 3. Acompañamiento domiciliario a la familia del Adulto Mayor que presenta enfermedades que pueden producir algún tipo de invalidez.	205
TABLA Nº 4. Descripción de las visitas Domiciliarias realizadas durante el mes de Febrero del primer semestre del 2007.	206
TABLA Nº 5. Descripción de las visitas Domiciliarias realizadas durante el mes de Marzo del primer semestre del 2007.	207
TABLA Nº 6. Descripción de las visitas Domiciliarias realizadas durante el mes Abril del primer semestre del 2007.	208
TABLA Nº 7. Descripción de las visitas Domiciliarias realizadas durante el mes Mayo del primer semestre del 2007.	209

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 1. Folleto Osteoporosis	246
ANEXO N° 2. Folleto Hipertensión	247
ANEXO N° 3. Folleto Diabetes Mellitus	248
ANEXO N° 4. Folleto La Menopausia	249
ANEXO N° 5. Folleto Estilos de Vida Saludable	250
ANEXO N° 6. Folleto Artritis	251
ANEXO N° 7. Folleto ejercicios para la espalda	252
ANEXO N° 8. Folleto el cigarrillo	253
ANEXO N° 9. Manual del usuario Hospital San Vicente de Paúl	254
ANEXO N° 10. Factura	255
ANEXO N° 11. Ficha de remisión	256
ANEXO N° 12. Ficha Gerontológica	257
ANEXO N° 13. Ficha Familiar	258

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se dará a conocer de manera secuencial un informe del proceso y los aspectos que se tuvieron en cuenta para la realización de la pasantía, llevada a cabo en el Hospital San Vicente de Paúl ESE Montenegro-Quindío, durante el segundo semestre del 2006 y el primer semestre del 2007.

Para desarrollar la pasantía en el contexto antes mencionado fue necesario apoyar el Programa de Salud Familiar y Comunitaria, el cual funciona a través de **5 EQUIPOS MOVILES (extramurales) DE ATENCIÓN EN SALUD INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA**, cada equipo esta encargado de dos o tres sectores del Municipio y cuenta con un grupo de profesionales que brindan promoción y prevención individual y colectiva; actividades de detección temprana, protección específica que incluye diagnóstico y tratamiento de enfermedades, garantizando accesibilidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud integrales.

Es así como la propuesta de pasantía “Apoyo a la familia del adulto mayor del Municipio de Montenegro”, pretendió durante dicho programa educar y sensibilizar a las familias con Adultos Mayores en sus hogares, brindándoles medidas de apoyo educativo sobre el cuidado y la atención que deben prestar a sus ancianos,

asimismo se enseñó a las demás generaciones sobre el envejecimiento y la vejez; promoviendo de esta manera el cuidado individual y colectivo, la participación, la integración y el fortalecimiento de los lazos familiares.

Es necesario mencionar que por solicitud de la Gerencia del Hospital, cada pasante de Gerontología a parte de trabajar en la ejecución de la propuesta individual, debían de apoyar el programa de salud familiar y comunitaria mediante el desarrollo de las siguientes acciones:

1. Fortalecer los grupos de Adultos Mayores ya existentes en los diversos sectores del Municipio.
2. Conformar grupos de Adultos Mayores en los sectores donde no existan, siendo prioritarios los Hipertensos, Diabéticos, entre otros.
3. Realizar visitas domiciliarias a los Adultos Mayores de 45 Años que de acuerdo a la ficha familiar lo requieran.
4. Reportar a los monitores de cada sector los casos que sean aptos para los servicios que brinda el programa (Fisioterapia, Nutrición, Fonoaudiología, Terapia Respiratoria, Trabajo Social, entre otros).
5. Realizar actividades grupales que incluyan diversos grupos poblacionales (jóvenes, niños y adultos).
6. Participar en las reuniones que el grupo extramural realizo para discutir y evaluar el funcionamiento del programa.
7. Apoyar según la programación general las Brigadas de Salud en el área rural.

Es de resaltar que la metodología de las actividades desarrolladas durante la pasantía tuvieron un enfoque educativo, lúdico, recreativo y cultural; las cuales

buscaron contribuir en el proceso formativo no solo de los Adultos Mayores, sino de cada uno de los miembros de la familia, además, es preciso tener en cuenta que si queremos brindar bienestar a los Adultos Mayores, debemos atender y educar a sus familias.

En este escrito también se encuentran ejes fundamentales que permiten realizar una descripción del proceso de la pasantía; en la justificación se señala porque fue significativo desarrollar la propuesta; en los objetivos se indica que se esperaba de dicho proceso; también se encuentra un marco teórico con el fin de sustentar el desarrollo de las actividades y aclarar términos; luego se mencionan las estrategias de intervención, donde hace una descripción detallada de las actividades propuestas y la forma como se realizaron; así mismo se mostraron los resultados, los logros reales de la pasantía, las conclusiones y algunas recomendaciones; por ultimo se encuentran las referencias bibliográficas, que sustentan todo el aspecto teórico de la propuesta, y los anexos, los cuales ayudan a tener una referencia completa de lo realizado durante la pasantía.

1. JUSTIFICACIÓN

La familia como institución y lugar privilegiado de la socialización constituye el agente transmisor por excelencia de normas y valores, por ende se considera como el principal escenario de construcción de identidades individuales y sociales además es el mejor sitio para satisfacer las necesidades personales y colectivas,¹ es por esto que la propuesta de pasantía “Apoyo a la Familia del Adulto Mayor” a buscado mostrar que la familia es para el viejo una fuente elemental de apoyo y compañía, es una red muy importante tanto en la vida diaria como en momentos de crisis, por esta razón, durante el trabajo realizado en el Municipio de Montenegro se busco implementar medidas de intervención que propendieran por el bienestar no solo del Adulto Mayor sino también de la familia.

Es de resaltar que las transformaciones causadas por la urbanización, la industrialización; así como el auge de la violencia rural cambió el estilo de vida de los colombianos, lo cual implicó que la familia, una de las instituciones mas importantes de la sociedad sufriera cambios en su estructura y función, esto a diferentes niveles: en la imagen, en los aspectos legales, en las relaciones de pareja, en las relaciones padres e hijos y entre otras generaciones, en la dinámica familiar y en los diferentes papeles que asumen cada individuo. “En otro tiempo,

¹ RUBERTONE, G. Silvana Maria. El Rol que Desempeña La Familia ante la presencia de un anciano enfermo, usuario del Centro de Atención Ambulatoria Ligia Nieto de Jaramillo de la Ciudad de Armenia. 2003. Pág. 75

la familia (padres, abuelos e hijos) vivían bajo el mismo techo, y este motivo proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, en el que destacaban los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros, y el respeto y la defensa del anciano. En este momento el varón tenía el rol de sustentador de la familia y la mujer era la encargada del hogar, de la crianza de los hijos y del cuidado de los mayores” (Mintz, 1999).

Ciertamente este modelo tradicional esta cambiando; el anciano no suele convivir bajo el mismo techo que sus hijos y nietos, porque actualmente existen disímiles motivos que separan a las diferentes generaciones familiares:

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

“Cada vez mas, el ambiente familiar cercano esta desapareciendo y esta aumentando las distancias entres los diferentes miembros. Dentro de la propia red familiar, existen unas relaciones que son reciproca; la familia ayuda al anciano y el anciano ayuda a la familia. Cuando no existe esta reciprocidad, algunas familias

se plantean dejar de responsabilizarse del cuidado del anciano y que este sea asumido por una institución sanitaria”. (Mintz, 1999).²

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

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

Es necesario mencionar que en la actualidad el deterioro de las estructuras familiares en los cascos urbanos se esta presentando debido a la pobreza, delincuencia, uso indebido de drogas, desplazamiento, desempleo, entre otros. Es así como muchos Adultos Mayores están siendo afectados por varios de estos problemas sociales, tienen que soportar por parte de los hijos u otros miembros de la familia agresión física (maltrato), relación despectiva, descuido en la alimentación, el abrigo, los cuidados médicos, abuso verbal, emotivo y

² lbit pag. 76

financiero, la falta de atención, la intimidación, las amenazas, cuidar menores, abandono, rechazo, soledad, entre otras problemáticas que están afectando directamente el bienestar y la calidad de vida de dichos Adultos Mayores.

Todo lo anterior refleja, la importancia de un profesional en Gerontología que implemente y ejecute medidas eficaces que permitan educar y sensibilizar a las familias con Adultos Mayores sobre pautas de cuidado y atención, de ahí los motivos para realizar la pasantía el Hospital San Vicente; con base a lo expuesto se elaboro un programa de actividades a desarrollar durante la pasantía, las cuales tuvieron un enfoque educativo, lúdico, deportivo y cultural; con el objetivo de guiar no solo a las familias y a los cuidadores o hijos cuidadores, sino enseñar a la población que la intervención gerontológica es una herramienta para mejorar la calidad del cuidado y atención que se debe tener con los Adultos Mayores que están enfermos o en situaciones de riesgo, igualmente que fuera un medio que facilitara la enseñanza a las demás generaciones sobre el envejecimiento y la vejez, y promoviera de esta manera el cuidado individual y colectivo, la participación, la integración y el fortalecimiento de los lazos familiares, pues una familia dinámica, equilibrada e integrada es clave de un envejecimiento feliz, sobre todo cuando dentro del grupo existe un sentimiento hacia el anciano de considerarlo “útil”.

Además, a través de dicha propuesta se busco brindar una alternativa que indicara con sencillez y honestidad las acciones que hay que emprender o las actitudes que hay que adoptar se quiere contribuir al mejoramiento del cuidado de las personas adultas y por lo tanto de sus propias comunidades; asimismo, se pretendía que la familia entendiera que es la principal red apoyo para sus viejos y

por lo tanto no puede ser paralizada, por el contrario debe proporcionar a cada uno de su miembros protección, apoyo y bienestar.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Implementar y ejecutar medidas de apoyo que sensibilicen y eduquen a las familias con Adultos Mayores del Municipio de Montenegro, sobre cuidado y atención, envejecimiento y vejez; mediante actividades educativas, lúdicas, deportivas y culturales; asimismo que sean un medio para fortalecer los lazos familiares y la participación del grupo familiar.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Sensibilizar y educar a cada uno de los miembros de las familias, en temas como: cuidado y atención a los adultos mayores, envejecimiento y vejez; por medio de actividades educativas y culturales.
- Ejecutar actividades lúdicas y deportivas con cada uno de los miembros de las familias con el fin de fortalecer los lazos afectivos, la participación y la comunicación.

- Estimular a la familia a mantener su condición de institución encargada de atender y apoyar al anciano.
- Fomentar la practica de estilos de vida saludables en los adultos mayores y sus familias a través de charlas educativas.
- Sensibilizar y educar desde edades tempranas en temas relacionados con el envejecimiento y la vejez; promoviendo de esta manera el cuidado individual y colectivo.

3. MARCO REFERENCIAL

El marco referencial esta compuesto por dos partes, **primero** el marco contextual, por medio del cual se hace una descripción del escenario donde se realizo el trabajo de pasantía y del programa de salud familiar y comunitaria; y **segundo** el marco teórico, donde encontramos toda la sustentación teórica de las actividades implementadas en el municipio de Montenegro-Quindío.

3.1 MARCO CONTEXTUAL

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

ESE MONTENEGRO-QUINDIO

RESEÑA HISTORICA

El Hospital fue fundado en 1920, debido a la necesidad de tratar enfermedades que proliferaban, además, deterioraban la salud de la comunidad Montenegrina. La Construcción de dicha Entidad se logro con aportes de la Administración Municipal y Entidades locales; la edificación fue una construcción amplia y acorde a las necesidades de la apoca, esta presto el servicio mas moderno con el fin de cubrir apremiantes necesidades en la atención preventiva y curativa de todo el Municipio.

En lo respectivo a la Seguridad Social en 1951 el Hospital San Vicente de Paúl implemento el servicio de Seguridad Social, ofreciendo a la comunidad afiliada muchos beneficios; con este nuevo frente de atención a gran parte de la comunidad Montenegrina se logro descongestionar la ocupación medica del Hospital local y por consiguiente se obtuvo una mas amplia y eficiente atención a los usuarios.

En 1961 el Consejo Municipal mediante el acuerdo N° 006, creo La Caja de Previsión Social Municipal Organismo dependiente de la Alcaldía Municipal, su misión fundamental consistió en brindar adecuada seguridad social, medica y de protección a sus afiliados, otorgando los beneficios de salud por conducto del Seguro Social y cubriendo los derechos pensionales y de medicina familiar.

La Caja Nacional de Previsión **CAJANAL**, es otro organismo del orden Nacional, que en el Municipio da a sus afiliados, docentes, la protección de tipo laboral y de asistencia medica a través de facultativos de la ciudad en el Hospital local o en la Ciudad de Armenia Quindío. ³

Debido al sismo ocurrido en Enero de 1999, se vio la necesidad de reubicar la planta física de la Entidad Hospitalaria, esta fue trasladada al sur del Municipio, en el kilómetro 1 vía Montenegro-Armenia, actualmente en las instalaciones del hospital Antiguo funciona el Centro Día “Atardecer Montenegrino” y El Centro de Bienestar al Anciano (CBA) Nuestra Señora del Camino, la cual se dio en

³ MARIN, Luís Emilio Montenegro. Semblanza de tus Cien Años. Universidad del Quindío. 1999. Págs. 45, 70

comodato por la Alcaldía Municipal de Montenegro en persona de su representante legal el Señor Eleazar Jiménez Montes.

¿CÓMO FUNCIONA ACTUALMENTE EL HOSPITAL SAN VICENTE?

POLITICA DE CALIDAD

EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE MONTENEGRO, ofrece los servicios de salud, comprometidos desde la alta dirección, en la satisfacción del cliente, al asegurar el cumplimiento de la normativa vigente, la pertinencia, accesibilidad y oportunidad, con talento humano dispuesto a capacitarse en sus competencias laborales, apoyados por proveedores calificados, infraestructura y recurso tecnológico acorde a las exigencias del mercado y con un indeclinable direccionamiento hacia la preservación del medio ambiente, el respeto, el buen trato, la humanización del servicio, la extramuralidad y el mejoramiento continuo.⁴

MISIÓN

EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE MONTENEGRO, fortalece cada día sus servicios de salud con calidad humana, científica y tecnológica, al garantizar la accesibilidad de sus servicios de protección específica y detección temprana con integralidad familiar de acuerdo a

⁴ HOSPITAL SAN VICENTE. ESE DE MONTENEGRO. Manual del Usuario, Gloria Adela Rodríguez Cárdenas. GERENTE. 2007.

su capacidad resolutive y las necesidades de la población. Somos una empresa que impulsa la calidad, la eficiencia, eficacia, la extramuralidad y la participación comunitaria.

VISIÓN

Seremos en el año 2009, la empresa social del estado líder del sector salud, con la totalidad de los servicios certificados y acreditados en calidad.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- 1. CALIDAD.** Mejoramiento continuo de los servicios, buscado una atención humanizada, integral y personalizada de acuerdo a los estándares aceptados en procedimientos y practicas profesionales.
- 2. EFECTIVIDAD / EFICIENCIA.** Brindando atención oportuna adecuada y suficiente a los pacientes y además un optimo manejo administrativo, financiero y presupuestal.
- 3. RESPETO A LA CONDICION HUMANA.** Procurando siempre brindar un trato digno y humano a los usuarios de nuestros servicios.
- 4. LIDERAZGO.** Buscado siempre ser el mejor en la prestación de servicios de salud del municipio, teniendo en cuenta planes y proyectos elaborados con base a las necesidades locales, apoyadas en la innovación tecnológica t el desarrollo científico.
- 5. INTEGRALIDAD.** Atender las contingencias que afectan la salud de las personas de una manera oportuna y continua de acuerdo a las capacidades técnicas y científicas de la institución.

6. **PARTICIPACION COMUNITARIA.** Involucrando a la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de la institución y del sistema de seguridad social de salud dentro de su área de influencia.
7. **CONFIABILIDAD.** Garantizar a todos los usuarios la reserva de su estado de salud y sus registros clínicos.
8. **HONESTIDAD.** Reconociendo nuestras potencialidades y limitaciones, prestamos un servicio digno basado en el respeto por el usuario, lo cual no debe falsas expectativas ni inducir al engaño.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

- **URGENCIAS:** Se puede acceder a este servicio cuando la vida esta en peligro y la atención no permite esperar la asignación de una cita medica, debiéndose atender inmediatamente.
- **CONSULTA MEDICA:** Asisten todas aquellas personas que solicitan una cita medica.
- **ODONTOLOGIA**
- **LABORATORIO**
- **HOSPITALIZACIÓN:** Servicio dotado de un gran equipo humano y técnico que brindara durante su estancia un trato amable, personal y eficiente.
- **PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD**
(Detección temprana y protección específica): Son programas ofrecidos con el objetivo de reducir en la comunidad el riesgo de enfermar y morir por causa evitables. Estos son:

- Crecimiento y Desarrollo en el menor de diez años
- Planificación familiar
- Salud visual
- Vacunación
- Detección temprana de alteraciones en el joven
- Salud oral
- Programa de Adulto Mayor
- Control Embarazadas
- Promoción y prevención de enfermedades crónicas y degenerativas.
- Psicología
- **TERAPIA RESPIRATORIA**
- **VACUNACIÓN**
- **ECOGRAFIA**
- **OPTOMETRIA**
- **FARMACIA**
- **EQUIPOS MÓVILES DE ATENCIÓN EN SALUD INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA.** Con los cuales se brinda promoción y prevención individual y colectiva, actividades de detección temprana, protección específica que incluye diagnóstico y tratamiento de enfermedades, garantizando accesibilidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud integrales y en la resolución de aspectos psicosociales, de ambiente y entorno domiciliario y comunitario.

Estos equipos funcionan en cada uno de los sectores del Municipio y ofrecen los siguientes servicios:⁵

- Fonoaudiología
- Psicología
- Trabajo social
- Psicología social
- Promotores de ambiente
- Gerontología
- Crecimiento y Desarrollo
- Planificación familiar
- Salud visual
- Vacunación
- Programa del joven sano
- Salud oral
- Programa del adulto mayor
- Control embarazadas
- Puérpera

⁵ MANUAL DE USUARIO, OP. CIT., P. 12

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

OBJETIVO GENERAL

Implementar y operativizar un modelo de atención en salud familiar y comunitaria a través de equipos móviles de atención en salud familiar y comunitaria de primer nivel de atención, para propiciar calidad de vida a la población del municipio de Montenegro, Quindío.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Disminuir la incidencia de enfermedades en la población, mejorando el acceso y promoviendo el autocuidado y la Prevención de enfermedades.
- Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, asegurando servicios de promoción, detección temprana, protección específica, prevención, atención y rehabilitación, oportunos, adecuados y de cantidad y calidad suficientes para toda la población, a través de la articulación de redes de servicios descentralizadas que permitan:
 1. Ampliar la cobertura.
 2. Fortalecer la capacidad resolutive municipal y el desarrollo institucional.
 3. Facilitar y promover la articulación de los diferentes regímenes de seguridad social y de las instituciones de salud del municipio.

4. Responder a las necesidades de salud de los grupos familiares según tipo y ciclo vital, definiendo los servicios con base en el perfil epidemiológico de cada uno de ellos.

5. Contribuir al desarrollo de un sistema de seguridad social en salud, universal, solidario, eficiente, plural y sostenible.

Es de resaltar que dentro del programa de salud familiar y comunitaria el área de Gerontología tuvo unas acciones generales a desarrollar por cada pasante, las cuales consistieron en lo siguiente

8. Fortalecer los grupos de Adultos Mayores ya existentes en diversos sectores del Municipio.

9. Conformar grupos de Adultos Mayores en los sectores donde no existan, siendo prioritarios los Hipertensos, Diabéticos, entre otros.

10. Realizar Visitas Domiciliarias a los Adultos Mayores de 45 Años que de acuerdo a la ficha familiar lo requieran.

11. Reportar a los monitores de cada sector los casos que sean aptos para los servicios que brinda el programa (Fisioterapia, Nutrición, Fonoaudiología, Terapia Respiratoria, Trabajo Social, entre otros).

12. Realizar actividades grupales que incluyan diversos grupos poblacionales (jóvenes, niños y adultos).

13. Participar en las reuniones que el grupo extramural realice para discutir y evaluar el funcionamiento del programa.
14. Apoyar según la programación general las Brigadas de Salud en el área rural.
15. Cada pasante deben continuar trabajando en la ejecución de los proyectos individuales presentados para el inicio de la pasantía. ⁶

⁶ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2004-2007. Eleazar Jiménez Montes. Montenegro-Quindío.

3. 2 MARCO TEÓRICO

3. 2. 1 ENVEJECIMIENTO

Para Dulcey y Uribe el envejecimiento dentro de la perspectiva del ciclo vital es definida en los siguientes términos: “Mas allá de su significación biológica, comúnmente asociada con disminución progresiva de la capacidad funcional orgánica, envejecer significa aumentar la edad y volverse mas viejo por el hecho de haber vivido mas tiempo”.⁷

Según Buitrago, el envejecimiento de una población, llamado también envejecimiento demográfico, esta medido por la vida media de la población, el cual es diferente al proceso de envejecimiento individual del ser humano sometido a leyes biológicas y sociales. No se puede reducir el proceso de envejecimiento del organismo humano a un solo proceso biológico sino que debe analizarse en el contexto total en el que ocurre, ya que el ser humano es un ser biológico, cultural, histórico y social en forma integrada a la naturaleza compleja de las sociedades humanas.⁸

⁷ DULCEY RUIZ, Elisa y URIBE VALDIVIESO, Cecilia. Psicología del Ciclo Vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana. En: Revista latinoamericana de Psicología. Bogotá. Vol. 34, no. 1-2 (2002); 19.

⁸ BUITRAGO, Cielo. La Gerontología: algunos antecedentes de la Gerontología en Colombia. Armenia, documento No.10, sf.

A continuación se mencionaran seis tipos de cambio que los individuos enfrentan durante el proceso de envejecimiento:⁹

3. 2. 1. 2 Cambios Biológicos:

Con el paso de los años se va produciendo un deterioro de la capacidad del organismo para la regeneración de las células. Los cambios que se producen en el organismo por el envejecimiento son similares a lesiones que ocurren en las patologías. La trama tisular y las células del organismo debido a factores exógenos tales como los agentes físicos, los agentes químicos y los agentes biológicos y por otra parte los factores endógenos: neoplasias, autoinmunidad y los trastornos genéticos producen o bien una respuesta insuficiente de la célula o que no ésta no responda (lesión) o que la respuesta sea una inadaptación de la célula a dicha situación, generando en cualquiera de los casos la vulnerabilidad del organismo.

Por otra parte tenemos la “APOPTOSIS”: muerte celular programada. Durante el desarrollo celular hay un equilibrio entre proliferación de células y apoptosis, es un proceso selectivo, las células están programadas genéticamente para desaparecer selectivamente. Sin embargo durante el envejecimiento la apoptosis se intensifica resultando un déficit de células.

Muchas teorías intentan explicar el proceso del envejecimiento:

⁹ GÓMEZ M., José Fernando. *Valoración integral de la salud del anciano*. Editorial Artes Gráficas: Manizales, 2002.

- Teorías orgánicas o sistémicas.
- Teorías celulares.
- Teorías moleculares.
- Teorías del envejecimiento programado.
- Teorías evolutivas.

Pero no entraremos en las definiciones, ni la base científica de cada una de ellas por corresponder este contenido a otro tema. Abordaremos por su importancia los cambios que se producen en el envejecimiento en el sistema nervioso.

El sistema nervioso es un sistema de comunicación y tiene la misma estructura que cualquier sistema de comunicación, consta de: un emisor, un receptor (las proteínas), un panel que transmite la señal y como resultado se produce una respuesta.

El sistema nervioso tiene una estructura que forma lo que se podría llamar unas redes de comunicación, cuyo procesamiento se lleva a cabo en la corteza cerebral y cerebelo, en la retina, en los núcleos lisis del SNC y en los ganglios vegetativos del SN Periférico. Las neuronas serán las encargadas de transmitir y la sinapsis es la zona de contacto, necesario para que la trasmisión sea posible.

En el envejecimiento se produce una perdida neuronal, una disminución del volumen cerebral, una disminución de la sustancia blanca, de la corteza cerebral frontal y del cuerpo estriado y todo ello debido a la muerte celular y/o atrofia celular.

En el envejecimiento se produce no tanto la muerte celular sino la disminución del tamaño de las mismas y un declinar de la sinapsis.

3. 2. 1. 3 Cambios Físicos:

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos cardiovasculares, cambios patológicos estructurales del aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo, genito-urinario, ..., cambios en la boca y dientes, cambios en los órganos sensoriales tales como disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva, la piel denota enrojecimiento, se acompaña frecuentemente de una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz y de una disminución en los mecanismos termorreguladores del anciano, todo ello puede suponer un riesgo para la salud del individuo.

3. 2. 1. 4 Cambios Psíquicos:

* Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en las capacidades intelectuales.

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. En la vejez hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

* El carácter y personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

3. 2. 1. 5 Cambios Sociales:

En la vejez hay un cambio de Rol individual, el mismo se presenta o se plantea desde tres dimensiones:

· El anciano como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

· El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

· El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas,

rol, afectivas, etc.) Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

3. 2. 1. 6 Cambio de Rol en la Comunidad:

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. No debemos olvidar que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

3. 2. 1. 7 Cambio de Rol Laboral:

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas.

La jubilación es la situación de una persona que tras haber cumplido una determinada edad y haber desarrollado durante un considerable número de años una actividad laboral, cesa en su oficio y tiene derecho a una pensión.

El cambio en las costumbres laborales que llega con la jubilación tiene sus consecuencias, la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad.

Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral y los recursos económicos disminuyen.

El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación, debe conocer las consecuencias de la jubilación para prevenir sus efectos negativos: Será necesario en algunos casos buscar aficiones supletorias para que la jubilación en vez de suponer un detrimento en la calidad de vida, por el contrario suponga un incremento de la misma.

“Las necesidades reales del anciano a nivel personal, familiar, social y económico responden a particularidades físicas, emocionales, espirituales y culturales, que deben ser tenidas en cuenta por parte de los planificadores del sector salud en el diseño de las políticas, programas y proyectos dirigidos a este grupo. Por tanto el estudio de las personas de edad avanzada y la planificación de lo servicios debe partir de las circunstancias particulares de cada municipio y de los factores de riesgo que afecten las vidas de los adultos de edad avanzada y que ejercen por tanto una influencia vital en la determinación de los problemas, necesidades y ajustes a la vejez.” (Ministerio de salud de Colombia, 1995)

Un proceso de intervención gerontológica está formado por planes y programas relacionados con el modelo de atención en salud en Colombia, adaptados al contexto en donde se van a implementar.

El objetivo principal de la intervención es dar respuesta a las necesidades, demandas y calidad de vida de los adultos mayores.

Existen varios niveles de intervención y se pueden clasificar en: individual, grupal, comunitario, ambiental y organizacional. Desde esta mirada integral, se pueden proponer varias esferas básicas de intervención, cómo:

Salud (física, psíquica y social).

A nivel preventivo, promocional e integrativo.

Relaciones sociales.

Principalmente lo relacionado con la interacción social, por ejemplo el trabajo con sus familias.

Ocio – tiempo libre y animación sociocultural.

Ofrecer un medio de gratificación personal, el cuál supone un mantenimiento activo de su rol siendo este un aspecto positivo para su salud.

Organizacional.

Tanto del practicante con la institución, como la de los adultos mayores y sus familias.

Ambiental.

Para que identifiquen todas las diferentes barreras físicas que puedan obstaculizar su buen desempeño.

Comunitaria.

Ayudándoles a consolidar su formación como grupo, y promuevan con su familia, procesos conjuntos de coordinación socio-sanitaria.

3. 2. 2 ALGUNAS ETAPAS DEL CICLO VITAL¹⁰

A continuación se describen las etapas del ciclo vital con las cuales se trabajo las diferentes actividades programadas.

¹⁰ PAPALIA, Diane; WENDKOS OLDS, sally y DUSKIN FELDMAN, Ruth. Desarrollo Humano.8 ed. Bogotá: Mc Graw Hill. 1990, p. 14

3. 2. 2. 1 INFANCIA INTERMEDIA: las principales características de esta etapa del ciclo vital que va de los 6 a los 11 años son definidas por Papalia, Wendkos y Duskin (2001), en los siguientes términos:

En cuanto al desarrollo físico, el crecimiento se hace mas lento. Mejora la fuerza y las aptitudes atléticas. Las enfermedades respiratorias son frecuentes, pero en general la salud es mejor que cualquier otro periodo del ciclo vital. En el desarrollo cognitivo, la autora plantea que el egocentrismo disminuye.

Los niños empiezan a pensar lógica y concretamente. Aumentan la memoria y las habilidades del lenguaje. Las ganancias cognitivas permiten a los niños beneficiarse del estudio formal. En el desarrollo psicosocial de esta etapa el auto concepto se torna más complejo, afectando la autoestima. La regulación compartida refleja el paso gradual del control desde los padres hacia el niño. Los semejantes adquieren primordial importancia.

3. 2. 2. 2 LA ADOLESCENCIA (11 A 20 años aproximadamente)

El desarrollo físico de esta etapa, el crecimiento físico y otros cambios son rápidos y profundos. Ocurre la madurez reproductiva. Surgen importantes riesgos de salud derivados de comportamientos como trastornos de la alimentación y abuso de drogas. En cuanto al desarrollo cognitivo la autora plantea que algunos niños exhiben fortalezas y necesidades educativas especiales. Se desarrolla la capacidad para pensar en forma abstracta y utilizar el razonamiento científico. El pensamiento inmaduro en algunas actitudes y comportamientos. La educación se enfoca en la preparación para la universidad o la vocación. En el desarrollo psicosocial en la adolescencia, la búsqueda de identidad incluyendo la sexual se

torna fundamental. Las relaciones con los padres son generalmente buenas. Los grupos de padres ayudan a desarrollar y a poner a prueba el auto concepto pero también pueden ejercer una influencia antisocial.¹¹

3. 2. 2. 3 LA ADULTEZ

Esta etapa es dividida por Papalia en dos periodos del ciclo vital:

Adulthood temprana: (20 a 40 años)

El desarrollo físico de esta etapa la autora señala que: la condición física es óptima y luego se deteriora ligeramente. La selección del estilo de vida influye sobre la salud. En el desarrollo cognitivo las capacidades cognitivas y los juicios morales adquieren mayor complejidad. Algunos adultos la educación y profesión. En lo referente al desarrollo psicosocial. Los estilos y rasgos de la personalidad se tornan relativamente estables, aunque los cambios de la personalidad pueden estar influenciados por las etapas y eventos de la vida. La mayoría de las personas se casan y se convierten en padres.

Adulthood Intermedia (40 a 65 años)

Para el desarrollo físico de esta etapa puede ocurrir cierto deterioro de las capacidades sensoriales, la salud, el vigor y las destrezas.

Después de los 30 años empieza un ligero declive de las funciones físicas. Se mantienen en esta etapa los roles sociales y profesionales. Es un periodo especialmente propenso para echar la vista atrás y ver que ha sido de los sueños,

¹¹ *Ibíd.*, p. 15

ilusiones y proyectos anteriores. Se trata también de una etapa de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística, y es en definitiva el periodo en el que se consigue la plena autorrealización.

Dentro de los cambios físicos se incluyen:

Aparición de canas, calvicie, sequedad cutánea (arrugas). Disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción. Acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo. Estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino que estas disminuciones implican la generación de cambios en los hábitos de vida.

En la mujer:

Físicamente, en la mujer se vive la menopausia (45-50). Se da la pérdida de la capacidad reproductora. Mal humor, labilidad, falta de energía. Desajuste en relación al equilibrio anterior.

En el hombre:

Andropausia en los hombres: disminución de la hormona masculina (testosterona). Disminución en la calidad de esperma y su velocidad. Disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales. Con la pérdida de la testosterona se da una cierta inestabilidad sexual, se requiere más estimulación y apoyo por parte de la pareja.

En el desarrollo cognoscitivo, la mayoría de las capacidades mentales básicas alcanzan el tope; la experiencia y habilidad práctica para la solución de los problemas son considerables. La producción creativa puede disminuir aunque

mejore en calidad. Para algunos, el éxito profesional y el poder adquisitivos son máximos; para otros, puede ocurrir el agotamiento o un cambio de profesión.

En cuanto al desarrollo psicosocial el sentido de identidad continua desarrollándose; puede ocurrir una tensa transformación en el edad media.

La doble responsabilidad de cuidar a los hijos y a los padres ancianos puede ocasionar estrés. La partida de los hijos deja el nido vacío.

El significado principal de la edad adulta es social. Uno es percibido como adulto reflejando una persona madura racional y responsable. Biológicamente ser adulto significa alcanzar tamaño y fuerza plena, ser una persona totalmente desarrollada. Ser adulto presenta una serie de retos o tareas del desarrollo. Si estos retos son satisfechos y los conflictos resueltos pueden convertirse en un periodo de continuo crecimiento satisfacción personal y felicidad. La edad madura es el periodo más fructífero del trabajo profesional y creativo. Se modifican los sueños hacia nuevas direcciones.

Una meta de la adultez es encontrar el nuevo significado a la vida. Este puede ser un periodo de introspección en que se examina los sentimientos, actitudes, valores y metas propias. Esos años pueden ser un tiempo del rejuvenecimiento del yo y de enriquecimiento de la propia vida.¹²

¹² RICE Philip. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. México: Printed in México. 1997, p.468

3. 2. 2. 4 LA VEJEZ

La vejez es la cualidad de ser viejo; por lo tanto ser viejo significa haber envejecido o haber vivido más que otras personas, comparativamente hablando.

“la vejez carece de límites, excepto de la muerte y, varía no solamente de un individuo a otro, sino de acuerdo con las expectativas sociales y culturales, con la posición social y económica de las personas”.¹³

• TIPOS DE VEJEZ

- **Vejez Cronológica:** la edad constituye un dato importante pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el solo transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado; la vejez cronológica define por tanto mal las posibilidades vitales.
- **Vejez Funcional:** corresponde a la utilización “viejo” como sinónimo de incapaz o ilimitado y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones.
- **La Vejez como etapa vital:** la vejez constituye según este punto de vista, un periodo semejante al de otras etapas vitales, como pueden ser la niñez o la adolescencia, mas estudiadas por los científicos de las disciplinas naturales y sociales

¹³ SANTOFIMIO J, Leidy Johanna. Percepción del docente de las escuelas oficiales de Armenia frente a la inclusión de los contenidos de envejecimiento y vejez en el P.E.I y propuesta de un modulo de capacitación. Universidad del Quindío, programa de Gerontología. Armenia. 2005.p.162

El hombre es un ser social por naturaleza y por lo tanto necesita mantener una constante socialización, lo cual no se lograría sino existieran las relaciones sociales y las redes de apoyo, siendo estas indispensables para el equilibrio físico, psicológico y social de los individuos.

¿Por qué se arruga y afloja la piel?

La piel ha de adaptarse a las presiones que ejerce sobre ella las extremidades en movimiento, ha de resistir el movimiento interno de los vasos sanguíneos y los músculos retornando a los contornos originales del cuerpo, perdiéndose esa flexibilidad con la edad.

Las consecuencias son la aparición de arrugas y la pérdida de firmeza. El envejecimiento ejerce sus efectos biológicos en todas las partes de la piel humana, incluidas la epidermis, la dermis, las glándulas sebáceas y el tejido graso.

Los cambios que sufre el rostro humano reflejan llamativamente las muchas alteraciones que experimentan la dermis y la epidermis. La epidermis adelgaza a medida que envejece y la susceptibilidad a las arrugas es mayor.

Se pierde el pelo en cuero cabelludo y se gana en la cara, las cejas del hombre se espesan y va saliendo pelo en el canal interno del oído. A causa de la retirada de hormonas a las mujeres posmenopáusicas puede crecer vello en la barbilla.

Bajo los ojos tiende a acumularse grasa y fluido, lo que hace que la piel se afloje. Las orejas se alargan y tienden a ensancharse ocurriendo lo mismo en la nariz.

¿Qué le pasa al pelo cuando envejece?

El envejecimiento no pone gris el cabello sino blanco, lo hace mediante la desactivación selectiva y progresiva de los melanocitos. El color gris que se percibe es una mezcla del color original con el blanco de las canas.

La caída del cabello se produce cuando las células que fabrican la proteína capilar, los centros germinadores, se destruyen o desactivan selectivamente.

¿Cómo envejecen las articulaciones?

Las articulaciones sinoviales con el envejecimiento y los tejidos existentes en ellas se estropean. La pérdida de flexibilidad se debe al deterioro combinado de los tendones, ligamentos y cartílago.

El líquido sinovial se hace más somero y este cambio tiene un efecto negativo en la flexibilidad de la articulación. La insuficiencia de colágeno y elastina da lugar a que en los tendones y ligamentos se fragmenten los tejidos.

¿Qué sucede en el corazón?

Las paredes del ventrículo izquierdo se vuelven más gruesas lo que reduce la capacidad de bombear grandes volúmenes de sangre hacia el cuerpo. El declive cardiaco se mide de tres formas:

- **El volumen sistólico disminuye:** Este número es igual a la cantidad de sangre que el corazón puede bombear en cada latido. Entre menos sangre pasa mas disminuirá este número.
- **Disminución del gasto cardiaco:** Este número se calcula multiplicando el volumen sistólico por el pulso.
- **El consumo de oxígeno disminuye:** Cuanto menor sea el gasto, menor será la capacidad de alimentar los tejidos.

Las arterias se hacen mas gruesas a medida que pasan los años, lo cual se debe a que crecen los depósitos de colágeno y calcio en las regiones que rodean el Lumen. Este engrosamiento hace que disminuya la elasticidad.

Las venas a diferencia de las arterias, poseen válvulas internas en una sola dirección que ayudan a que la sangre desoxigenada vuelva al corazón impidiendo que fluya hacia atrás. Cuando envejecen estas válvulas realizan el trabajo menos eficazmente, creando las venas varicosas.

Cuándo el pulmón envejece

Cuando empiezan a fallar los pulmones la sangre recibe menos oxígeno. Lo que comúnmente se denomina reducción del retroceso elástico. Este es la tendencia del tejido pulmonar a resistir la expansión cuando se llena de aire.

El resultado es que el aire viejo del que se supone que ha de marcharse con la expiración se queda dentro de los pulmones. Un nivel reducido de oxígeno en la sangre trae como consecuencia la hambruna para todos los tejidos.

¿Cómo envejece el aparato digestivo?

Las glándulas partidas segregan menos saliva. La consecuencia es una boca más seca y una incomodidad mayor al hablar y al masticar. Los músculos del estomago se debilitan y los contenidos del jugo gástrico cambian con el paso de los años.

- En el hígado, se alteran el número de las células y la arquitectura general de varios tejidos, pero no se producen cambios funcionales.
- El páncreas segrega menos moléculas en el intestino devoradoras de grasa.
- En el intestino grueso se reduce el moco lubricante y se debilitan los músculos que empujan los desechos hacia el recto.

- En el intestino delgado, los componentes de la vellosidad actúan como esponjas y absorben los nutrientes de las comidas digeridas y arrojan al torrente sanguíneo. Con la edad cambia la capacidad de absorber determinadas moléculas.

¿Qué ocurre en el ojo?

Las cataratas producen opacidad del cristalino del ojo o de sus membranas, la cual produce ceguera completa o parcial. Se inflama la conjuntiva.

La miopía es una anomalía de la visión por una excesiva convergencia del cristalino que forma las imágenes delante de la retina, causando una visión borrosa de los objetos alejados.

La hipermetropía se produce generalmente a un defecto de convergencia del cristalino, en la que la imagen se forma detrás de la retina.

El astigmatismo se presenta, debido a las desigualdades de curvatura de la córnea transparente o a una falta de homogeneidad en los medios transparentes del ojo.

La presbicia es la disminución de poder acomodar el cristalino que impide ver los objetos cercanos.

3. 2. 3 MITOS ASOCIADOS A LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO¹⁴

- ***La vejez sinónimo de enfermedad***

¹⁴ SANTOFIMIO. Op. Cit. p 162

Con frecuencia, la gente expresa “ser viejo es estar enfermo” porque existe la creencia de que la vejez significa una inevitable disminución o deterioro de las condiciones físicas y mentales. Es innegable que con la edad el cuerpo decae, que disminuye la velocidad, la percepción, la sensibilidad, el vigor y la fortaleza, sin embargo, los resultados de estudios realizados muestran que las diferencias entre el adulto mas joven y el mas viejo son pequeñas, se presentan de forma gradual y no afectan al funcionamiento hasta muy avanzada edad (ochenta años por lo menos). Así mismo, que un alto numero de viejos permanece saludable, incluso que la tendencia de la mayoría de las personas es a envejecer bien.

Mientras en la juventud hay mayor propensión a enfermedades agudas y de corta duración, en la vejez hay una mayor propensión a algunas enfermedades crónicas y de larga duración como artritis, hipertensión, problemas cardiacos, entre otras, pero en la mayoría de los casos, estas interfieren poco en la posibilidad de llevar una vida satisfactoria.

- ***Con la vejez llega la senilidad***

Existe la tendencia a decir que “los viejos son seniles”, por tanto, a relacionar la vejez con perdida de la memoria, disminución de la atención y aparición de estados contusionales, ente otros, cuando estos, la mayoría de las veces, son producto de problemas o lesiones cerebrales (enfermedad de Alzheimer), incluso se atribuyen como conductas seniles manifestaciones como la depresión, la angustia y otras resultado de la desnutrición y de enfermedades físicas no reconocidas que se presentan con tanta frecuencia en los viejos como

consecuencia de las múltiples dificultades que les aquejan. Si bien con el avance de los años puede existir alguna pérdida de la memoria a corto plazo (habilidad para recordar hechos recientes, números telefónicos, nombre de una persona recién conocida) las otras habilidades pueden permanecer intactas.

- ***Decadencia intelectual***

Una de las ideas más difundidas es que con la edad viene un deterioro de la inteligencia, como se expresa corrientemente con el dicho muy generalizado de “loro viejo no aprende a hablar”. Con base en lo anterior, es necesario tener en cuenta que la edad no es el único determinante de la inteligencia, sino que esta también puede estar relacionada con los factores ambientales, el nivel cultural, el estado de salud, la profesión. De tal manera que, los individuos con mayor nivel educativo y cultural muestran, según los estudios que se han llevado a cabo, menor declive que quienes tienen niveles educativos y culturales más bajos.

- ***La improductividad***

Es bastante generalizada la idea de que los viejos son improductivos, no sirven para nada, son un estorbo, son perezosos, aunque es evidente que sin presencia de enfermedades y de adversidades familiares y / o sociales los viejos pueden continuar activos, productivos e interesados por la vida hasta sus años finales, teniendo muchos ejemplos de ellos, unos ya fallecidos (Golda Meir, Pablo Picasso, Winston Churchill), y otros que continúan siendo activos y trabajando de tiempo parcial o completo.

- **Perdida de la sexualidad**

Una de las ideas mas generalizadas es que el sexo se acaba con la edad. Sin embargo, aunque con la edad ocurren cambios notorios tanto en hombres como en mujeres (ocasionados por la disminución de la producción hormonal), la actividad sexual en ambos puede continuar hasta muy avanzada edad. Las investigaciones que en relación con la sexualidad la edad no constituye un factor crítico.

Al contrario que en la vejez la sexualidad tiende a aumentar porque las personas tienen mayores experiencias y recursos, que el concepto de la sexualidad varia en la vejez, en el sentido de que ya no va ligada sólo a la genitalidad sino que adquiere un sentido mas amplio e integral (comprendido desde una caricia hasta el contacto sexual), es decir, va asociado a la vida sentimental y a la imaginación. Así mismo, que quienes han sido sexualmente activos en etapas anteriores, seguirán siéndolo en la vejez si tiene oportunidad de ello.

3. 2. 4 MEMORIA¹⁵

La memoria puede definirse como la capacidad de almacenar, procesar y recuperar información que proviene del mundo exterior. Los conceptos de aprendizaje y memoria están íntimamente relacionados, aprendizaje “es el proceso de adquirir nuevas informaciones, mientras que memoria se refiere a la persistencia del aprendizaje en un estado relativamente permanente, que puede ser puesto con la manifestación de un tiempo posterior.

¹⁵ TOVAR G, Diana Milena y GIRALDO M, Wendy. Programa de intervención gerontológica en la fundación Hernán Mejía Mejía de la ciudad de Armenia. Universidad del Quindío, programa de gerontología, Armenia-Quindío. 2007. P.74

Una de las dicotomías más clásicas en la relación a los tipos de memoria consiste en la distinción entre memoria a corto y largo plazo, las cuales serán definidas a continuación.

Memoria a corto plazo: la memoria a corto plazo se refiere a la avocación inmediata del material presentado o su evocación un poco más tardía, realizada mediante un repaso interrumpido. Tiene una capacidad o amplitud limitada, son ejemplos de esta memoria la repetición de dígitos, palabras, frases, secuencias, de bloques señalados con el dedo, ritmos, números de teléfonos, entre otros. En el caso de los números la amplitud máxima es de 7 o más o menos dos, es decir oscila según la capacidad de la persona entre 5 y 9 números.

Memoria a largo plazo: la evocación de información después de un intervalo en el que el sujeto ha centrado su atención en la otra tarea se considera como memoria a largo plazo. Esta posee una capacidad muy limitada. Es prácticamente imposible saber lo que uno sabe ya que se almacena una cantidad de información que no es fácilmente rescatable. La información a corto plazo si tiene una fuerte carga emocional, puede consolidarse de forma casi automática y pasar a largo plazo. No retenemos a largo plazo las conversaciones que oímos todos los días, pero cuando nos dice algo que nos hiera o nos enoja profundamente si lo podemos recordar durante mucho tiempo o, si la ofensa es muy importante incluso durante toda la vida.

Memoria reciente y remota: la distinción entre memoria reciente y remota se aplica a la dimensión de la memoria retrograda. Se refiere al hecho bien documentado

denominado ley del robot, según la cual las memorias más antiguas se conservan más que las memorias más modernas o recientes. Este hecho se hace evidente en el envejecimiento normal, donde se observa que progresivamente los ancianos tienden a recordar mejor los hechos ocurridos durante su infancia y juventud. Estas evocaciones contrastan en frecuencia y nitidez con los sucesos más recientes.

Memoria declarativa y procedimental: la memoria declarativa se refiere a la adquisición de hechos o datos directamente accesibles a la conciencia.

Aprendemos las caras de la gente, los olores, sus nombres, las casas. Este conjunto de recuerdos fácilmente evocables a voluntad son nuestro conjunto de memorias declarativas. Pero además, aprendemos a andar correctamente en bicicleta, a nadar, a usar los cubiertos, a comportarnos ante un superior. Este constituye el aprendizaje de hábitos o procedimientos.

La memoria procedimental se refiere al aprendizaje de procedimientos de acción, que implican secuencias y que no son directamente accesibles a la conciencia, estos procedimientos son los que ayudan a resolver problemas cognitivos o comportamientos sociales. La memoria procedimental contiene la información del conjunto de datos que nos han conducido al éxito.

Envejecimiento y memoria: el déficit de memoria asociado al envejecimiento ha merecido una especial atención, por el hecho de que la pérdida de memoria es una de las primeras manifestaciones de la enfermedad de Alzheimer, lo que no quiere decir que toda persona que tenga pérdida de memoria presenta esta enfermedad.

En la pérdida de memoria en el envejecimiento, a menudo, cuando no se puede evocar un determinado tipo de información se suelen proporcionar detalles y elementos relacionados con ella. Se trata de un déficit de memoria de tipo “olvidadizo y despistado”.

3. 2. 5 RELACIONES SOCIALES Y REDES DE APOYO¹⁶

Las relaciones sociales constituyen el “corazón” del funcionamiento social del anciano. Se refieren a la red de contactos y relaciones del individuo. Su conocimiento es de gran importancia ya que se ha visto que su ausencia, total o parcial, se constituye en un factor de riesgo asociado a mortalidad.

En términos generales, y aplicado al conjunto de la población anciana, se puede afirmar que las relaciones sociales se empobrecen con respecto al periodo de la vida anterior. Se reducen los contactos sociales en cantidad, calidad y fundamentalmente en intensidad. Uno de los factores que influyen en este proceso es el cambio de roles tanto familiares como laborales.

El apoyo o soporte social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales, proporcionadas al anciano por parte de otras personas. Debe diferenciarse de las relaciones sociales, ya que estas son el instrumento a través del cual se realiza o no el apoyo, es decir, las relaciones pueden estar asociadas con efectos tanto positivos como negativos. Esta distinción es esencialmente

¹⁶ GOMEZ, M. José Fernando, CURCIO, Carmen Lucía. *Valoración Integral de la Salud del Anciano*. Págs. 104- 108

importante, pues no siempre las relaciones sociales, aunque existan, proporcionan dicho apoyo, por ejemplo, un hijo puede vivir cerca de sus padres pero ello no garantiza un apoyo adecuado.

Existe una serie de tipologías de soporte social y de formas como los ancianos acceden a ellos. El significado es socialmente construido y va más allá del control del individuo. Desde la infancia se aprende que el soporte y la ayuda de otros son indispensables para la vida, pero también se aprende lo que hay que hacer para acceder a ellos, se esperan diferentes cosas de diferentes personas. Estas expectativas y responsabilidades son culturalmente definitiva y jerárquicas, se aprende que “primero la familia” y estas normas permanecen estables durante el curso de la vida, por ello es común oír a los ancianos decir “parece hija mía” o “es como mi hermana” la integración de estos patrones culturales para el establecimiento de redes de soporte y relaciones sociales hacen parte de la construcción de la autoestima y de la autoimagen en etapas tempranas de la vida. Cuando se trata de la familia, las responsabilidades y expectativas están claramente definidas, no ocurre lo mismo con los amigos y vecinos.

Se ha demostrado que la existencia del soporte social, junto con los contactos sociales se asocia con soporte emocional e instrumental. Así mismo para los ancianos la percepción de satisfacción o adecuación del apoyo se asocia con la cantidad de contacto personal directo. Los ancianos con adecuado soporte tienen mejor auto percepción de salud y mejor adaptación a cambios.

De otro lado las redes y el apoyo social se relacionan con la patogénesis de las enfermedades y con la mortalidad, así las personas con poco o ningún apoyo

social, tienen mayor riesgo de muerte que las que tiene un apoyo importante. Sin embargo, no ha podido demostrarse que esta asociación sea mayor en el anciano que en el joven. Así mismo, relaciones que implican elevado estrés y bajo apoyo social, aumentan el riesgo de utilización de los riesgos de salud.

Las diferencias de la calidad y cantidad de las relaciones sociales y del soporte, desde la familia, pasando por los amigos y vecinos, hasta la pertenencia a grupos o asociaciones, resulta de varias condiciones: del estado marital, del nivel educativo, de la ocupación y en menor medida, de los patrones de migración, siempre mediados por la personalidad, es decir, del estilo de vida del individuo.

Las características objetivas de las relaciones sociales y de las redes apoyo se describen en función de:

Tamaño: cantidad de personas relacionadas

Densidad: número de personas que se conocen unas a otras dentro de la red de relaciones

Homogeneidad: similitud de las características de las personas relacionadas

Multiplicidad: se refiere a los tipos de interacciones que se presentan entre los miembros del grupo.

Reciprocidad: balance o imbalance entre el soporte dado y el recibido

Las características subjetivas incluyen: contexto, frecuencia y calidad, lo cual proporciona información acerca del confort, afecto, compañía y ayuda tangible como dinero o asistencia física.

La estructura, el contexto y el contenido del apoyo y de la relación(subjetivo) son mas importantes que el tamaño mismo (objetivo), por ello la valoración subjetiva

del apoyo recibido Vs. el esperado es el mejor indicador de bienestar social del anciano

El apoyo o soporte que recibe el anciano a través de la red social se puede clasificar en:

APOYO FORMAL: cuando corresponde a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del estado. Es proporcionado en forma regular por profesionales y su función primaria es ayudar a mantener al anciano en la comunidad mientras sea posible, ya que como es sabido, uno de los objetivos primordiales de la Gerontología, es mantener al anciano en su domicilio y tan funcional como sea posible.

APOYO INFORMAL: es el proporcionado por familiares, amigos, vecinos, grupos y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios, establecidos según el propósito y objetivos de la presentación de servicios de atención al anciano. Constituye más del 80% del total del cuidado.

De acuerdo con las categorías de relación y soporte, se puede dividir en: situación marital, por su connotación de presencia o ausencia de cónyuge, relaciones y apoyo familiar, relaciones y apoyo de vecinos y amigos y finalmente, pertenecía a grupos, asociaciones, clubes, organizaciones religiosas u otros. Sin embargo para facilitar su estudio se ha dividido en dos grandes grupos comunitarios.

4. 2. 5. 1 REDES PRIMARIAS DE APOYO SOCIAL

En lo que respecta a la situación marital, se han encontrado mayores redes de soporte entre quienes están casados y con hijos, a diferencia de los solteros o

casados sin hijos. Quienes están casados tienden a concentrar sus relaciones y necesidades de dependencia en torno al cónyuge, los viudos transfieren esta carga a los hijos y los solteros entre los amigos.

El nivel educativo también parece tener influencia sobre la calidad de soporte, a menor nivel mayor soporte de la familia, a mayor educación no solo es más amplia la red, que no se circunscribe solo a la familia, sino que son mas importantes los amigos. Así mismo hay diferencias en la ubicación geográfica, entre los ancianos rurales y urbanos, estos últimos poseen mayores redes de soporte

En Colombia, las transformaciones causadas por la urbanización y la industrialización, así como el auge de la violencia han llevado a transformaciones en la estructura y funciones de la familia, que hoy se caracteriza por la ilegalidad de las uniones, la inestabilidad en las relaciones de pareja y las sucesivas recomposiciones conyugales que dan origen a múltiples formas de unión y de relaciones de parentesco, esto lleva a que el anciano sea visto, especialmente en las ciudades, como un estorbo o una carga cuando no aporta económicamente. Sin embargo, en cuanto a las relaciones de apoyo familiar, a pesar de la creencia común de que el anciano de la sociedad contemporáneas ha sido abandonado por su familia, las investigaciones indican lo contrario. La familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para los ancianos y no solo la mas importante sino la preferida por ellos y a la que acuden generalmente en primera instancia. Estudios realizados por parte del grupo de Investigación de Universidad de Caldas han permitido establecer que en la zona cafetera el promedio de hijos es de 5.4 (DS

2.9) y de ellos el 80% vive en la misma casa o en la misma vereda. Se encuentra un mayor número de hijos entre los grupos de mayor edad. El promedio de convivientes es de 4.2 personas, lo cual se constituye en la fuente primaria de atención al anciano, además se encontró que un 93.3% de la población anciana tiene quien lo cuide cuando esta enferma, de ellos, los potenciales cuidadores, en su gran mayoría, son la hijas.

La familia del anciano, particularmente hijos y cónyuge, provee asistencia tanto en situaciones de la vida diaria como en momentos de crisis. Brinda apoyo de tipo afectivo, social, funcional, económico y material. Esta asistencia toma formas tales como ayuda en las tareas domésticas y otras actividades de la vida diaria. Compañía y afecto, transporte o acompañamiento a diversos lugares, suministro de información, provisión de artículos o servicios necesarios para el diario vivir, al igual que asistencia en casos de enfermedad, medicamentos y asistencia económica.

El tipo y cantidad de ayuda recibida de los hijos depende de factores tales como la proximidad residencial, el estado civil, la salud y necesidades del anciano, el ingreso de los padres y de los hijos adultos, los lazos afectivos y el género de los hijos, puesto que se ha demostrado mayor soporte de parte de las hijas mujeres.

Las relaciones de apoyo que se dan entre los ancianos y sus familias están basadas principalmente en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia. El apoyo que se espera de los familiares y el grado de

obligación en cuanto a brindar asistencia, varían de acuerdo con las distinciones que se hagan acerca de quienes integran la red familiar.

Una característica importante de las redes de soporte, es que a pesar de los cambios sociales que con la edad, las redes familiares permanecen estables si son recíprocas, con el aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares y se disminuye el soporte de las personas por fuera de ella. Además, los ancianos asocian calidad de vida con la cantidad de contactos sociales con su familia, por ello la migración afecta la cantidad y calidad de esos contactos.

3. 2. 5. 2 REDES SECUNDARIAS DE APOYO SOCIAL¹⁷

Los vecinos, a diferencia de los parientes y amigos, no son parte vital de las redes de apoyo afectivo de la persona anciana especialmente en las ciudades. Generalmente proporcionan ayuda en momentos de crisis o en emergencias, pero poco en el día a día, suelen limitarse a asistencia de tipo elemental, los vecinos pueden llegar a convertirse en amigos, pero no todos lo son.

En cambio, las relaciones con los amigos implican diversos tipos de apoyo tales como compañía, compartir confidencias y proveer servicios o ayuda en actividades cotidianas. Si embargo, sus funciones más importantes son el apoyo afectivo, ayudan a mantener autoestima positiva y de cierta manera proveen al anciano de un sentido de continuidad existencial. Las amistades del anciano tienden a ser generalmente coetáneos y personas con necesidades y recursos similares,

¹⁷ Ibit., 150

comparten ciertas actividades y pautas de existencia reciproca, se ayudan durante el diario vivir y en los periodos de crisis. La investigación científica indica que entre los ancianos existe propensión a tener amistades del mismo sexo, especialmente en lo que se refiere a las funciones de confidente, para los ancianos amigos son considerados “como de la familia”, atendiendo la jerarquización de las relaciones sociales.

Aunque, en términos generales, la cantidad de relaciones entre los ancianos tiende a ser pequeña, tiene fuertes lazos, lo cual proporciona mejor acceso a los recursos emocionales y facilita la adaptación a cambios.

En cuanto a la pertenencia y participación en organizaciones formales o grupos, actualmente existe una tendencia marcada en nuestro medio, al aumento de grupos y clubes de ancianos, que a través de la oferta de diversos programas como manualidades y ejercicio físico, entre otros, fomentan la participación social y el establecimiento de relaciones sociales, proporcionan un marco de referencia estable para que el anciano se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades que le ayuden a reconstruir su vida, lo cual ha ido creando un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismo ancianos.

3. 2. 6 LA FAMILIA

Teniendo en cuenta que esta propuesta va dirigida a familias con Adultos Mayores, se hace necesario hablar de lo que es la familia, tipos, funciones, entre otros aspectos relevantes.

LA FAMILIA es un Sistema compuesto por una pareja y sus hijos y todas las personas unidas por un parentesco, las cuales interactúan entre si. Este sistema opera en un contexto social con el que se interrelaciona y atraviesa una serie de etapas de desarrollo a las que debe adaptarse para lograr sus propósitos de: **a)** Crear nuevas personas y propiciar el desarrollo de las ya existentes, **b)**, acomodarse a una cultura y trasmitirla.¹⁸

La familia es “definida por la sociedad y el Estado Colombiano como la unidad estable en la cual, las relaciones entre las generaciones se rigen por la costumbre y donde los viejos tienen garantizada su seguridad económica y afectiva, se considera como el mejor sitio para satisfacer las necesidades de los viejos por que en ella ocupan un estatus importante y tienen un papel por cumplir como educadores, abuelos, jefes y orientadores. Sin embargo hemos visto que en el país no hay un solo tipo de familia y que la anterior definición corresponde más a un ideal tradicional que a la realidad dinámica y cambiante que estamos viviendo. Tal definición se acerca a la familia extensa o nuclear estable patriarcal y con roles definidos por edad y sexo”.¹⁹

3. 2. 6. 1 TIPOS DE FAMILIA

A continuación veremos seis tipificaciones de familia²⁰

¹⁸ **SARMIENTO**, D. María Inés. Psicoprofilaxis Familiar. Universidad Santo Tomas. Santafé de Bogotá, D.C. 1994. Pág. 31

¹⁹ **ECHEVERRI**, A. Ligia. **Familia y Vejez**. Realidad y perspectivas en Colombia, multiletras 2ª edición. Bogotá, 1994. Pág. 48

²⁰ Ibit., Pág. 49

- **Familia Extensa**

Se configura por la cabeza de familia y sus hijos, quienes, a su vez, configuran uniones legales, o por la abuela, quien agrupa a su alrededor a los hijos habidos en uniones consensuales y los hijos de sus descendientes mujeres (el fenómeno del madre-solterísimo), y / o hijos unidos en vínculos legales con su respectiva pareja y descendientes. Estas familias constituyen unidades económicas que pueden hacer frente, con base a su unidad, al mundo exterior. La unidad, en algunos de estos grupos, es diversa yendo desde los más ancianos sobre los jóvenes; en otros; preservando el dominio de los padres; acatando y guardando el respeto debido a los viejos.

En todo caso, la fraternidad y solidaridad entre sus miembros es notoria.

La hostilidad es otra de las más destacadas características de la familia extensa.

El recibir a los parientes y alojarlos cuando se hallan temporalmente presentes en una obligación que se atiende con frecuencia.

Hechos relacionados con el ciclo vital (matrimonio, muertes) congregan la familia extensa y une más sus lazos, así como circunstancias como la enfermedad, crisis económicas y problemas jurídicos.

- **Familias Integradas:** donde el viejo ocupa un estatus importante como depositario de tradiciones familiares y comunitarias. En ella el varón es consultado y aceptado; la mujer es el centro de la afectividad del grupo extenso, y ambos como abuelos desempeñan un papel socializador.

- **Las Familias Rotas:** o que por condiciones socioeconómicas deben buscar la institucionalización del viejo, pero conservan lazos afectivos y de responsabilidad económica con ese miembro familiar.
- **Las familias que abandonan a los viejos:** en sus viviendas o en las instituciones, sin conservar vínculos afectivos o económicos, o cuando los abandonan a su suerte (mendicidad).
- **Las familias que trastean al viejo de una familia nuclear:** (vivienda) a otra para repartir equitativamente entre varios parientes la carga económica, afectiva y de tolerancia a su presencia entre diversos miembros del grupo. Aquí el estatus-rol del viejo es de dependencia y subordinación familiar.
- **Las familias Rotas que explotan afectivamente y económicamente a los viejos:** “En algunos casos, los viejos asumen las funciones de padres sustitutos con poder y autoridad; en otros no obstante ser proveedores económicos, tienen un estatus subordinado y dependiente.

❖ **COMPONENTES SISTEMICOS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR**

Es necesario tomar a la familia como un sistema social, con el cual se aborda la interrelación individuo, familia y sociedad y sus múltiples relaciones, causas e interdependencias.

De igual forma se requiere abordar los componentes sistémicos de la estructura familiar; tales componentes son el supra-sistema, los subsistemas, los límites y la estructura.²¹

Subsistemas familiares

- **Sistema conyugal o marital:** está conformado por la pareja e implica una convivencia entre géneros y un desarrollo de la sexualidad y la procreación, su función es la complementariedad donde se asume costos individuales y logran beneficios mutuos
- **Subsistema parental o filial:** sus miembros son padres e hijos y su función es la guía y fomento de la autonomía, dirección, control y afecto por el cual se lleva a cabo el proceso de socialización que ayuda a los nuevos miembros de la sociedad a aprender a través del lenguaje, las ideas, creencias, valores, normas, tradiciones, conocimientos, saberes.

Estas funciones implican por tanto producción y reproducción de fuerza de trabajo, una división sexual de trabajo y una ideología de la individualidad que ha contribuido a un replanteamiento de los roles y por ende de los estatus de los miembros, en cuanto ellos se asumen como sujetos autónomos, actitud que va en contra de los patrones tradicionales de la familia.

²¹ QUINTERO Ángela. Trabajo social y procesos familiares. Editorial Lumen. Buenos Aires. 1997. Pág. 37

- **Sistema fraternal:** constituido por el grupo de pares cuya función es generar espacios de autonomía y flexibilidad en donde el proceso de organización social es autónoma y sus miembros aprenden a negociar, cooperar y competir, aquí también puede funcionar como una manifestación de la ideología de la individualidad.
- **Limites:** todo sistema mantiene fronteras con sus ambientes; en esta lógica el sistema familiar no es excepción y estos son:
 - **Limites de ego:** son deferencias individuales que posibilita el desarrollo de la autonomía.
 - **Limites Generacionales:** dividen a la familia en dos subsistemas acordes con las edades; parentesco filial y fraternal, lo que presupone adaptaciones permanentes.
 - **Limites entre familia y comunidad:** demarcaciones necesarias entre el grupo familiar y su entorno.

Dentro de esta división sistémica de la familia es importante ubicar los vínculos entre los subsistemas que estructuran con sus funciones a la familia y las posibles manifestaciones de la familia que se pueden dar. Tenemos que entender dichas manifestaciones como un continuo en el cual podemos identificar tres estadios.

1. **Familia normal:** son sistemas que responden y movilizan su potencial de cambio para enfrentar la disfuncionalidad.

2. Familias aglutinadas: tienen poca autonomía, independencia, aunque un alto nivel de solidaridad.

- **Familias desintegradas:** hay poca contaminación y contacto emocional e independencia excesiva. Estas fases están asociadas a las etapas del ciclo vital donde el aporte, el estatus-rol del viejo, así como sus expectativas de género han implicado relocalizar la función y aportes del viejo dentro de cada uno de los subsistemas y funciones familiares, sus límites y su oscilación en los diferentes estadios de los continuos familiares.

3. 2. 6. 2 LA COMUNICACIÓN Y LA FAMILIA

Un componente básico de todo sistema es la comunicación, a través de la cual interactúan dinámica y constantemente sus elementos. En razón de esto, la estructura de los sistemas está definida por la manera en la cual los elementos de un sistema están interconectados. Su naturaleza es de carácter comunicacional y la clase de comunicación está dada por la naturaleza de los elementos del sistema. Las líneas de interacción son líneas de comunicación.²²

La interacción entre los elementos de un sistema humano se da a través de la comunicación oral o escrita, en cualquiera de las formas que asuma en un sistema de señales, convenciones y actitudes.

²² QUINTERO V. Ángela María, Intervenciones Familiares. Elementos de abordaje, Medellín, Departamento de trabajo Social, Universidad de Antioquia, 1993.

En este sentido, la comunicación es definida como toda transmisión de un mensaje entre individuos, sistemas y organismos, utilizando para ello los elementos que tiene en común.

En algunas familias muchas veces se piensa que lo importante es dar alimentación, techo y vestido, olvidando la necesidad que tiene las personas de recibir y expresar sentimientos, emociones, de ser aceptadas, valoradas y reconocidas, escuchadas y respetadas. Cuando estas necesidades afectivas no se satisfacen, pueden aparecer comportamientos de rebeldía, agresividad, alejamiento de la realidad o aislamiento de las demás personas.²³

Todos expresamos los sentimientos de manera singular; esa expresión varía de acuerdo con las personas, circunstancias y momentos. En la comunicación interpersonal se utilizan gestos, palabras, tonos de voz, posición corporal, de acuerdo con el mensaje que se quiera enviar. Se puede ser amable y cariñoso con un gesto o fuertemente agresivo con un silencio.

TIPOS DE DIALOGO²⁴

Existen dos tipos de diálogos: diálogos frecuentes o funcionales y diálogos íntimos o lúdicos.

- ***Diálogos funcionales:*** Son un tipo de comunicación interpersonal en la que se recurre siempre a hablar de objetos, tareas, deberes de cada quien, por temor a enfrentarse a la individualidad y a los sentimientos del

²³ FUDESCO. Afectos, expresiones y relaciones. 3ª Edición, 1998. p. 46

²⁴ Ibit., p. 47

otro. Es el tipo de dialogo que se establece en las familias, donde solo se habla de las cuentas por pagar, el rendimiento escolar o laboral, se enjuician relaciones familiares o sociales, etc...

Esta comunicación, si bien es importante en la vida diaria, no satisface las necesidades de relación interpersonal.

- **Diálogos lúdicos:** Se diferencian de los anteriores porque tienen un alto grado de participación afectiva, donde la intimidad y el gozo se dan de manera espontánea. Nuestras necesidades comunicativas tienen que ver especialmente con la posibilidad de compartir alegrías, miedos, temores, fantasías, sueños, dudas, tristezas, proyectos de vida. Estas vivencias compartidas nos acercan más a nosotros mismos y al mundo de otros.

Estos diálogos son honestos, sinceros y cálidos; al utilizarlos se esta reconociendo en el otro sus roles e identidad y se facilita la interacción sin ansiedad ni temor. Cuando se usan los diálogos lúdicos se expresa la singularidad humana, se esta construyendo u modelo de vida mas pleno, humano en donde es importante el sentir, pensar, crear y transformar el mundo individual y colectivo.

3. 2. 6. 3 FAMILIA Y ENVEJECIMIENTO

El aumento de la esperanza de vida en nuestro país ha hecho que se incrementara el número de personas ancianas, aunado al incremento del control natal y la disminución de la Fecundidad.

Otro cambio muy importante en la historia de la humanidad, se debe al incremento de las familias multigeneracionales, no solo son nuevas en nuestra sociedad, sino que también sus roles, ya que por ejemplo al anciano se le pide asumir diversas funciones, roles y estatutos; de esta manera transitoria o permanente dependiendo de las tipologías familiares.

“otro aspecto importante de la familia y el envejecimiento es lo relacionado con los cambios de morbilidad y su impacto en los cuidadores. Cuidar un anciano con una enfermedad crónica significa una carga y responsabilidad emocional para toda la familia. Las prescripciones medicas y de cuidado generalmente implican grandes cambios en el funcionamiento de la familia, los ancianos frecuentemente pierden sus propios roles y la familia se ve obligada a cambiar sus patrones de funcionamiento, a modificar el manejo del tiempo y a cambiar los roles familiares, aspectos de los cuales siempre se mantiene alejado al anciano”. (Gómez Y Curcio, 2002: 125).

3. 2. 6. 4 EL CUIDADO DEL ANCIANO EN ÁMBITO FAMILIAR

La responsabilidad de proporcionar, día a día, ayuda a un familiar que esta en una situación de fragilidad tiene un importante impacto físico y psicológico sobre la vida de los cuidadores y el resto de la familia. Cuidar no es una experiencia única, sino que existe amplias diferencias entre los cuidadores dependiendo de múltiples circunstancias, como son la motivación por la que se cuida, las demandas y las exigencias del cuidado, el tiempo, energía e implicación emocional con que se presta la ayuda, el tiempo que se lleva haciendo, etc.

La mayor parte de los cuidadores prestan ayuda porque creen que es obligación, un deber moral que no debe ser eludido ante la existencia de una responsabilidad social y familiar y unas normas sociales que deben ser respetadas. Pero no es esta la única razón sino que también existen otras razones para cuidar a los adultos mayores, tales como la motivación altruista de que el cuidado, implica que los cuidadores “se pongan en el lugar del otro”.

3. 2. 6. 7 CONFLICTOS DE LA FAMILIA

EL CONFLICTO

La familia es un grupo social que se caracteriza por una complejidad de redes de relación interpersonal, en las cuales la intimidad y la convivencia mas o menos permanente en el tiempo hacen de ella un grupo específico. La componen personas con vínculo de sangre o por la adopción legal o ilegal, que se diferencian por su edad y género y que establecen relación entre si y con el medio externo. En ella se estructura la identidad, se protege a los miembros y se da el intercambio con la cultura.

El conflicto y las relaciones de poder hacen parte de la dinámica de familia. En el lenguaje común, la palabra conflicto tiene un contenido negativo y se utiliza como sinónimo de pelea, discusión, problema, crisis, agresión y violencia. Dada esta diversidad de significados, el término conflicto resulta confuso, por lo que amerita estudiarlo para dilucidar sus dimensiones.

La idea de que el conflicto es negativo suscita inmediatamente reflexiones y estrategias de cambio, estas se dirigen más al cambio que debe emprenderse que al análisis de su dinámica y sus especificidades en los grupos familiares. Entonces, se piensa que es importante evitar el conflicto, cambiar una o varias partes que se consideran motivo de conflicto o modificar las personas involucradas en él. De esta manera se desconoce que en todas las familias hay conflicto, que éste produce cambio hacia formas superiores de relación, que es un elemento activador del desarrollo humano y propio de las relaciones sociales.

Además, el conflicto es negado tanto por miembros de la sociedad como de la misma familia. La negación es una forma de reconocer la participación en los problemas y conservar la familia romántica. Cuando se revela y se acepta que hay conflictos se culpa a otro o a otros, así el individuo o la familia se defiende y mantiene supuestamente el equilibrio. La negación del conflicto y el culpabilizar a otros hace más difícil el cambio hacia formas diferentes de relación.

Al identificar la presencia de los llamados conflictos, unas familias tienden a evadirlos, olvidarlos, ignorarlos y eliminarlos, ya que son inadmisibles dentro de ideologías que afirman que la familia es una unidad, lugar del amor y libre de conflictos.

La familia incluye tanto el conflicto como la armonía, la violencia como el diálogo, las distintas relaciones de dominio, subordinación con sus variables y otros aspectos.

Conflicto y poder son dos temas relacionados e inseparables y se encuentran ligados al concepto de violencia. Del análisis general del conflicto, poder y violencia, se puede llegar a las siguientes conclusiones.

- El conflicto y el poder forman parte inevitable de las relaciones familiares.
- Si bien la violencia se relaciona con el conflicto y el poder se distingue de estos. La violencia es analizable más no justificable, no se podrá abolir en forma absoluta. La violencia no se puede considerar ni natural ni cultural sino un instrumento en el conflicto, un medio para determinados fines y un elemento en ciertas circunstancias de las relaciones de dominación.

El conflicto hace parte de la vida social por la dualidad unión y separación y porque en la totalidad de la relación individuo - sociedad hay elementos de conflicto y no conflicto.

CONFLICTO Y CRISIS

La palabra crisis, tal como se usa en el análisis familiar, tiene como el conflicto una connotación negativa, sin embargo, la crisis es positiva, permite la madurez y el desarrollo individual y familiar. Desde luego es un estado doloroso, en el cual el individuo y la familia pierden, pero también ganan.

El estado de crisis se produce ante un evento amenazante, hay desorganización individual y familiar temporal. Ha diferencia del conflicto que es un estado

universal y relativamente permanente, la crisis es una clara demostración de la existencia del conflicto, es pasajera y altera individuos y familias en ciertos momentos y circunstancias de la vida.

Los hechos amenazantes y que producen crisis son múltiples y variados, se clasifican en predecibles, inesperados, inducidos e idiosincrásicos. Entre las crisis se consideran las del desarrollo del hijo, la del esposo, la de la esposa. Otras son crisis circunstanciales, eventos sociales, económicos y ecológicos no esperados. Entre las circunstanciales inducidas están los ataques, violaciones, secuestros, desapariciones. Finalmente se consideran las crisis idiosincrásicas a la familia. Por ejemplo una enfermedad como el cáncer.

Crisis y conflicto son dos términos que a menudo se utilizan como sinónimos. Sin embargo, el conflicto es un concepto general que incluye las crisis como momentos de cambio individual e interaccional. Las crisis son múltiples y se presentan en forma pasajera y variada en los individuos y las familias según los contextos socioculturales y emocionales, mientras que el conflicto puede entenderse como el conjunto de fuerzas de oposición permanente en la vida humana en su totalidad. Tanto el conflicto como la crisis son inevitables en la vida de individuos en interacción.

CONFLICTO Y VIOLENCIA

El conflicto es una categoría general que abarca la violencia, puesto que esta es una situación especial que se da en el conflicto inherente a las relaciones humanas.

La violencia es esencialmente destrucción de si mismo, del otro, de los otros. La violencia, así como el conflicto, existe en la vida social, pero ella no es necesaria como sí lo es conflicto. Mientras que este es inevitable, la violencia es evitable porque es un medio que coexiste con otros para manejar el conflicto. Los medios se promueven o se controlan en la vida social y familiar, la violencia no es innata o inherente al ser humano ni a la cultura, sólo se explica en las culturas en las cuales adquiere formas diversas, es fomentada o justificada.

La violencia es el “conflicto violento”, es una “situación del conflicto”, específica y puede ubicarse como extremo del conflicto por su carácter altamente destructivo y opuesto a la vida.

En la violencia se congaja el más apasionado amor y el odio extremo, se actúa violentamente a nombre tanto del amor como del odio extremo. Se presenta cuando hay dificultad para soportar niveles altos de independencia o dependencia, de pérdida o ganancia, cuando las personas no pueden manejar el conflicto por otras vías, como la competencia, el diálogo, la negociación, entre otros.

La violencia se desarrolla en contextos o situaciones sociales en los cuales denominan ideas totalizantes y cierto fanatismo entre personas con pensamientos y conductas extremadamente rígidas; surge cuando las sociedades y las familias propician la idealización de las relaciones, las relaciones simbólicas, los celos y la agresividad destructiva.

Los sujetos envueltos en relaciones violentas muestran empíricamente mensajes redundantes, repetitivos, rígidos, donde hay un diálogo de sordos, en el sentido de que se oyen pero no escuchan, es decir, no se comprenden ni se aceptan las diferencias. En últimas donde el valor otorgado al otro y la vida es débil o nula.

CONFLICTO Y PODER EN LA FAMILIA.

Las relaciones entre miembros de la familia están pautadas por la cultura y la subcultura del grupo, estas cambian a través del tiempo y según los espacios, además se distinguen por factores generacionales y de género, unido a normas de parentesco y a la definición de tareas “públicas y privadas”, de unos con respecto a otros y de cada uno con otros grupos sociales. Las pautas de comunicación precisan posiciones de los miembros como dominantes o como dominados en áreas y en el tiempo y reflejan el conflicto y la violencia.

La familia define identidades de cada miembro y de grupo como un todo. Las visiones que se van desarrollando en la interacción cotidiana desde antes del nacimiento hasta más allá de la muerte; precisan y modifican quién es quién en la familia, con quién se interactúa, cómo, cuándo, en qué espacios, en qué tiempo y sobre qué temas los miembros se relacionan unos con otros. Esta dinámica familiar va tejiendo unas relaciones de dominio, subordinación y unas formas de ejercicio y distribución del poder.

El ejercicio del poder en la familia se ha definido como:

“Una red de relaciones interpersonales, histórica y culturalmente determinadas, organizadas alrededor de las necesidades de supervivencia económica, social y generacional, apoyadas y sustentadas en distribuciones de desiguales de privilegios, los beneficios, las obligaciones, responsabilidades y actividades que desarrollan los individuos dentro y fuera del grupo familiar. El ejercicio del poder supone la existencia de un agente o sujeto dominador y otro dominado o subordinado “por las buenas o por las malas” requiere también un entrenamiento previo arraigado en estructuras mentales, de las capacidades de mando y las conductas de sumisión, una parcelación arbitraria de territorios de acción y una conciencia de sí en uno de los dos roles”.

EL CONFLICTO EN LA FAMILIA

La familia tiene conflictos y armonía, es decir en ella se conjugan elementos disociadores tales como: rechazos, odios, oposiciones, desacuerdos, divergencias, intromisiones, con asociaciones, unidades, amores, atracciones, acuerdos, ayudas y convergencias. Para que existan familia, se requiere un orden y algún elemento de no conflicto, pero no por ello podemos decir que la familia es la unidad, la armonía, el amor, la paz, el refugio a las amenazas del mundo externo o la unidad básica de la sociedad que fomenta orden y desorden social. Sociedad y familia mutuamente se influyen y por ello no se puede señalar a la familia como la causante de las violencias en la sociedad ni que la sociedad sea la única que origina la violencia familiar.

El acuerdo sobre algún asunto se requiere para que exista familia, acuerdos en movimiento – acuerdo – desacuerdo, de esta forma, atendiendo los conflictos de la vida y los cambios de posición de los miembros.

Cuando hay desacuerdo en las relaciones sobre las posiciones que ocupan los interlocutores ocurre el conflicto, este es abordado por diferentes medios, competencia, diálogo, negociaciones que a su vez producen movimientos de lugar.

3. 2. 6. 8 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia surge como un desarreglo entre un orden que quiere mantenerse y una fuerza que promueve el cambio, es un producto de una transformación valorativa donde se pone en cuestión el poder coercitivo aceptando hasta el momento y se pretende una renovación en la relación que exige ser concertada. La acción violenta se presenta cuando la estructura del poder se siente vulnerada.

Si bien la violencia tiene factores de tradición que le son propios, además de influencias socio políticas marcadas, es importante tener en cuenta que la violencia en las familias tiene factores endémicos que tienen que ver con el desarreglo que se presenta en el orden patriarcal de la familia y las alternativas que presenta consciente o inconscientemente, los miembros que no detentan el poder en determinados momentos sociales.

Las respuestas a los problemas sociales dependen de la manera como se definan y entiendan estos. La violencia intrafamiliar ha tenido diferentes tratamientos y

énfasis, dependiendo de las diferentes maneras como ha evolucionados su conceptualización.

Existen dos aspectos que hacen especialmente difícil abordar el problema de la violencia:

1. Que no exista consenso universal acerca de lo que es socialmente aceptado como violencia y,
2. Que no hay una clara demarcación en la intervención del estado para controlar la violencia familiar; en otras palabras, el límite entre lo público y lo privado.

Lo que en una sociedad se reconoce como un hecho violento, en otra no lo es, y por esto se debe aceptar la idea de que la violencia intrafamiliar es una realidad socialmente construida.

Definimos la violencia intrafamiliar como: “Toda acción u omisión que transforma en maltratantes las relaciones entre los miembros de una misma familia, causando daño físico, emocional, sexual o económico a uno o varios de ellos”.

Por lo tanto la violencia en el hogar, en sus diferentes manifestaciones – física – psicológica y sexual es una violación a los derechos humanos, especialmente de los niños, las mujeres y los ancianos. En efecto, la violencia intrafamiliar es una ofensa a la dignidad humana.²⁵

²⁵ Naturaleza del Conflicto en el área de atención a la familia. CONSEJO SUPERIOR. Pontificia Universidad Javeriana. Imprenta Nacional de Colombia. 1999. Págs. 23-29.

La violencia intrafamiliar se ha clasificado bajo tres categorías generales: Física, psicológica y sexual.²⁶

- **VIOLENCIA FÍSICA**

Se realiza mediante actos que afectan directamente el cuerpo y la salud de las personas agredidas. Produce enfermedad, dolor, heridas, mutilaciones o muerte. Puede manifestarse con golpes, cachetadas, empujones, atadas y hasta con la utilización de objetos tales como: Cuchillos, correas, cigarrillos, palos, etc., para golpear y maltratar a la víctima.

- **VIOLENCIA SIQUICA O PSICOLÓGICA:**

Ejercida a través de hechos que afectan la salud mental y la estabilidad emocional. Es lo que comúnmente se llama daño moral o espiritual. Se manifiesta con palabras soeces, amenazas y frases encaminadas a desconocer el valor y la estima de otras personas, con la ridiculización como forma habitual de expresión, con el encierro a que muchos agresores someten a los demás miembros de la familia, alejándolos del núcleo familiar o del círculo de amigos o impidiéndoles el acceso al estudio, el trabajo o la recreación; celos excesivos que acortan la movilidad, el uso personal del tiempo y las relaciones sociales, con el incumplimiento de las obligaciones económicas, teniendo posibilidad para cumplirlas o con la carga de todo el trabajo doméstico en manos de un solo de los miembros, usualmente las mujeres – subvalorando y menospreciando su aporte a la economía familiar.

²⁶ DEFENSORIA DEL PUEBLO. Mecanismos de Protección contra la violencia Intrafamiliar. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, 2001. Pág. 20.

- **VIOLENCIA SEXUAL**

Es el acto que atenta contra la dignidad y la libertad de una persona mediante el uso de la fuerza física, síquica o moral, con el propósito de imponerle una conducta sexual en contra de su voluntad. Es un acto agresivo con el cual se busca degradar, expresar el dominio y el poder que alguien tiene sobre una persona.

Es ejercida a través de comportamientos y actitudes que atentan contra la dignidad y la libertad sexual de los miembros de la familia. Consiste en obligar a un miembro de la familia a tener relaciones sexuales utilizando la fuerza, el chantaje con los hijos o con el aporte económico; usando frases dirigidas a menoscabar su honra y dignidad sexual; menospreciando su capacidad sexual, imponiendo determinados comportamientos sexuales y al mismo tiempo desconociendo sus necesidades e intereses sexuales.

- **MALTRATO A ANCIANOS**

Puede ser definido como todo acto u omisión, provoque daño físico o psicológico a un anciano por parte de un miembro de la familia. Comprende agresión física, tratamiento despectivo, descuido en la alimentación, el abrigo, los cuidados médicos, el abuso verbal, emotivo y financiero, la falta de atención, la intimidación, las amenazas, etc., por parte de los hijos u otros miembros de la familia.²⁷

²⁷CORSI Jorge. Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. PAIDOS. Barcelona.1995. Pág. 35

3. 2. 7 VISITA DOMICILIARIA

“La valoración del anciano, independientemente del medio en que se realice, debe pensarse en función de comprender las necesidades del individuo con miras a establecer prioridades y objetivos de intervención. Por tanto, la valoración en casa, no solo debe limitarse a hacer una visita en el hogar para solucionar un problema, realizar un examen físico o dar recomendaciones de manejo para una patología específica, es un proceso más complejo que pretende además, reconocer aquellos aspectos del medio físico y social del anciano, que puede comprometer su calidad de vida”. (Gómez y Curcio, 2002: 332).

3. 2. 8 ESTRÉS²⁸

Para nuestro organismo el estrés es sinónimo de “cambio”; cualquier cosa que produce un cambio en la vida o en la salud causa estrés. No importa si el cambio es bueno o es malo; los dos son estresantes.

El estrés puede generar un resultado positivo o negativo, el estrés positivo es bueno en pequeñas cantidades, ya que motiva a realizar las cosas que se tiene por hacer, es la energía que motiva a las personas para hacer diferentes cosas y el estrés negativo es el que produce daño a nuestro organismo y ayuda a deteriorar el sistema vascular.

²⁸ INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO, Manual de agentes multiplicadores: concejos prácticos para vivir mejor. 2006. p.17

Existen dos tipos de factores que pueden producir estrés:²⁹

ESTIMULOS EXTERNOS:

- Problemas económicos
- Problemas Familiares
- Exceso de trabajo
- Temor
- Otros

ESTIMULOS INTERNOS: Son propios del organismo

- Dolor
- Una Enfermedad
- Sentimientos de inferioridad
- Problemas sociológicos

EXISTEN DOS TIPOS DE ESTRÉS:

- 1. ESTRÉS FISICO:** Es producido por el desarrollo de una enfermedad, por una infección aguda, por traumas, embarazo etc.
- 2. ESTRÉS MENTAL:** Es aquel que se produce por angustias, preocupaciones en muchos casos de tipo económico, afectivo, problemas en el trabajo entre otros.

²⁹ Ibit., p. 18

SÍNTOMAS DEL ESTRÉS

SINTOMAS FISICOS:

- Dolor de cabeza
- Dolor de espalda
- Cansancio
- Sudoración
- Gastritis

SINTOMAS SOCIOLOGICOS:

- Olvido actividades
- Mal genio
- Dificultad en las relaciones interpersonales
- Generación de conflictos

Cuando una persona se enfrenta a una situación de estrés el sueño es lo primero que se pierde (insomnio), tiene pesadillas, aumenta el apetito o por el contrario no le da hambre.

FORMAS DE MANEJO DEL ESTRÉS

1. Defina claramente lo que le produce estrés.
2. Elimine o neutralice los factores que se lo producen.
3. Relájese y cambie de actividad.

4. No permita que sus emociones se encierren sobre usted mismo. Comparta sus sentimientos con otros.
5. Minimice la exposición a cosas que lo puedan producir angustia.
6. Aprenda a manejar su tiempo eficientemente.
7. Practique técnicas de Relajación.
8. No pelees ni discutas innecesariamente.
9. Participe en actividades libres y saludables.
10. Sea solidario, pase cierto tiempo ayudando a otros.
11. Mantenga buenas relaciones sociales y familiares.
12. Defina que actividades o pasatiempos le relajan. Y recurra a ellos cuando este tensionado.
13. Pruebe estar un día sin radio, sin TV, permítase gozar del silencio.
14. Trate a los demás como quiere ser tratado(a).

3. 2. 9 ACTIVIDAD FISICA³⁰

La actividad Física es un elemento importante que mejora la salud y la calidad vida, aportando una serie de beneficios físicos, socio-afectivos, y laborales, aunque si se realiza actividad sin control, con técnicas defectuosas, posiciones inadecuadas, sobrepasando los limites, etc., podríamos causar serios daños y lesiones en nuestro organismo.

³⁰ Ibit., p. 32

¿PORQUE SE DEBE REALIZAR 30 MINUTOS DIARIOS DE ACTIVIDAD FÍSICA?

Al inicio del ejercicio la mayor parte de energía proviene del azúcar almacenado en el músculo, posteriormente del azúcar almacenado en el hígado y solo después de 20 a 25 minutos de actividad física comienza a gastarse de forma importante.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FISICA

A NIVEL CARDIOVASCULAR: Disminuye la frecuencia cardiaca y la presión arterial, mejora el funcionamiento del corazón, disminuye el riesgo de arritmias, infarto e hipertensión.

A NIVEL METABOLICO: Disminución de triglicéridos y de colesterol malo y aumenta el colesterol bueno, lleva al individuo a un peso corporal ideal, mejora la acción de la insulina.

A NIVEL DE LOS DIABETICOS: Que practican ejercicios regular pueden presentar disminución en los requerimientos de insulina.

A NIVEL OSTEOMUSCULAR: Aumenta las fuerzas, la función y estabilidad de las articulaciones y la resistencia de ligamentos y tendones, además previene la osteoporosis, mejora la postura.

A NIVEL GASTROINTESTINAL: Previene el cáncer de colon.

A NIVEL PSIQUICO: Aumenta la fuerza de voluntad, el autocontrol, disminuye la ansiedad, el estrés, la agresividad, la depresión, su desempeño laboral es muy bueno, concilia mejor el sueño.

EFFECTOS DEL SEDENTARISMO

EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR:

- El corazón tiene menos capacidad de bombear sangre.
- Los vasos sanguíneos pierden elasticidad.

EN EL SISTEMA RESPIRATORIO:

- Los pulmones tienen menos capacidad de aportar oxígeno.

EN EL ESQUELETICO Y EN LAS ARTICULACIONES:

- Osteoporosis y pérdida de calcio.
- Mayor propensión a la artrosis, úlceras de cartílago.
- Artritis y reumatismo.

EN EL SISTEMA MUSCULAR:

- Menor masa y tono muscular
- Pérdida de flexibilidad

EN EL SISTEMA NERVIOSO:

- Pérdida de reflejos
- Fatiga o cansancio
- Estrés

¿POR QUÉ NO REALIZAMOS ACTIVIDAD FÍSICA?

Las razones van desde:

- La falta de voluntad
- La falta de tiempo
- La falta de espacios no adecuados

- La falta de recursos económicos, como no produce dinero y en ocasiones genera costos.
- Miedo a lesionarse.

PRECAUCIONES A LA HORA DE REALIZAR UNA ACTIVIDAD FISICA

- Realizar un estiramiento y calentamiento previo a la actividad.
- Controlar la intensidad del ejercicio.
- Utilizar ropa cómoda, zapatos adecuados.
- Hidratarse antes, durante y después de cada actividad física.
- Utilizar bloqueados solar.

RECOMENDACIONES PARA MANTENER ACTIVO

- En lo posible use las escalas en lugar del ascensor o escaleras eléctricas.
- Evite estar mucho tiempo sentado(a).
- Haga ejercicio de estiramiento y pausas activas en el puesto de trabajo, le ayudara a mantener una buena postura en el sitio de trabajo.
- Mantenga una ropa cómoda en su lugar de trabajo, para hacer alguna actividad en el horario del almuerzo o al finalizar la jornada laboral.
- Bájese del bus unas cuadras antes del sitio de trabajo y camine el resto del recorrido, al regreso haga lo mismo.

¿POR QUE PROMOVER LA ACTIVIDAD FISICA?

- Por la obtención de beneficios para la salud.
- Porque es fundamental en la implementación de programas.
- Por el cambio comportamental en los seres humanos.
- Por la contribución indirecta al progreso económico de un país.

3. 2. 10 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS

Son aquellas enfermedades que deterioran al organismo, que no se transmiten de persona a persona y pueden ser prevenidas o controladas con la adquisición de estilos de vida saludable.

Estas enfermedades son:

- La obesidad
- La hipertensión arterial
- La hipercolesterolemia
- La diabetes
- Otras

LA OBESIDAD: Es un exceso de grasa corporal, que por lo general y no siempre va acompañado por un incremento de peso en el cuerpo.

CAUSAS: Las causas de la obesidad son múltiples, incluyen factores tales como genética, el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico y el tipo de estilo de vida que lleve.

Puede haber dos principales causas:

- Mayor ingesta de calorías que las que el cuerpo gasta.
- Menor actividad física que al que el cuerpo precisa.

LA HIPERCOLESTEROLEMIA

La hipercolesterolemia consiste en la presencia de colesterol en la sangre por encima de los niveles considerados normales. Este aumento, que se asocia a problemas coronarios, depende de la dieta, el sexo, el estilo de vida y la síntesis endógena.

De esta manera, en la concentración de colesterol en sangre intervienen factores hereditarios y dietéticos, junto a otros relacionados con la actividad física.

CAUSAS

Entre los factores que influyen en el incremento del nivel de colesterol se encuentran:

- ***Dietas inadecuadas:*** La ingesta abusiva de grasas animales o alcohol ocasiona que el organismo consuma primero otros tipos de nutrientes favoreciendo que el colesterol no se degrade y se acumule en las arterias.
- ***Algunas enfermedades*** Hepáticas, Endocrinas y renales, y la administración de ciertas sustancias aumentan la síntesis de la lipoproteína LDL que transporta el colesterol perjudicial para el organismo.
- ***Hipercolesterolemia familiar:*** Se trata de una enfermedad hereditaria ocasionada por un defecto genético que impide que el colesterol LDL sea degradado, con lo que los niveles de colesterol aumentan progresivamente. En estos casos es frecuente la mortalidad temprana por infarto de miocardio o bloqueos asociados a la arteriosclerosis.

TABLA N° 1 Niveles de colesterol en sangre

HIPERCOLESTEROLEMIA NIVELES DE COLESTEROL TOTAL EN SANGRE	
Normal	<200 mg/dl
Leve	200-249 mg/dl
Moderada	250-299 mg/dl
Grave	>299 mg/dl

LA DIABETES MELLITUS

Enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina. Afecta a unos 150 millones de personas en todo el mundo. Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades. También puede producir alteraciones en el embarazo. El tratamiento adecuado permite disminuir el número de complicaciones. Se distinguen dos formas de diabetes mellitus. La tipo 1, o diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID), denominada también diabetes juvenil, afecta a niños y adolescentes, y se cree producida por un mecanismo autoinmune. Constituye de un 10 a un 15% de los casos y es de evolución rápida. La tipo 2, o diabetes mellitus no-insulino-dependiente (DMNID), o diabetes del adulto, suele aparecer en personas mayores de 40 años y es de evolución lenta. Muchas veces no produce síntomas y el diagnóstico se realiza por la elevación de los niveles de glucosa en un análisis de sangre u orina.

La mayoría de los pacientes con diabetes tipo II presentan cierto sobrepeso; la base del tratamiento es la dieta, el ejercicio y la pérdida de peso (que disminuye la resistencia de los tejidos a la acción de la insulina). Si, a pesar de todo, persiste un nivel elevado de glucosa en la sangre, se puede añadir al tratamiento insulina. Los pacientes que no requieren insulina, o los que tienen problemas con las inyecciones de insulina, pueden utilizar medicamentos por vía oral para controlar su diabetes.

SINTOMATOLOGIA:

- Perdida de peso
- Deshidratación (sed mas o menos grande según los casos)
- Sensación de mareo
- Vomito
- Fatiga
- Extremo cansancio
- Visión borrosa
- Infecciones frecuentes
- Lenta cicatrización
- Orina mas abundante de lo normal
- Presencia de azúcar excesiva en la sangre
- Presencia de azúcar en la orina

¿COMO PREVENIRLO?

- Disminuir al máximo el consumo de sal y azúcar
- Eliminar el cigarrillo y el alcohol
- Mantener el peso adecuado con las normas establecidas para la estatura y la edad.
- Evitar la vida sedentaria
- Aumentar la actividad física (Mantiene el nivel de glucosa en la sangre, facilita el transporte y consumo de insulina).
- Mantener un horario regular para ingerir alimentos.
- Dormir bien (8 a 10 horas diarias).
- Disfrutar del aire fresco y puro (disfrutar de la naturaleza).

DEMENCIA SENIL

A partir de los 65 años las personas sufren una pérdida de su capacidad intelectual marcado de unos individuos a otros. Afecta la memoria, el pensamiento, el lenguaje, la orientación y percepción dando lugar a una demencia.

La demencia senil se define como un síndrome mental orgánico que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto plazo y largo plazo asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la persona.

Todas estas alteraciones son lo suficientemente graves como para interferir significativamente en las actividades de relación, laborales o sociales. También aparecen rasgos asociados a la demencia como ansiedad, síntomas obsesivos, aislamiento social y vulnerabilidad.

SINTOMAS Y CLASIFICACIÓN

- 1. *Cognoscitivo o Neurológico:*** Amnesia, afasia expresiva y receptiva, apraxia, agnosia, trastornos del aprendizaje, desorientación, convulsiones, contracturas musculares, alteraciones de los reflejos, temblor, incoordinación motora.
- 2. *Funcionales:*** Dificultad para comer, asearse, vestirse, realizar tareas del hogar y en general las de la vida diaria.
- 3. *Reacciones catastróficas:*** Cuadro de furor, episodios maniáticos depresivos, violencia apatía, vagabundeo, trastornos del sueño, lenguaje obsceno,

alucinaciones, ideación delirante, robos, paradoja, trastornos del juicio, trastornos sexuales, inadaptación social.

- 4. Síndromes asociados:** Delirium, alteraciones sensoriales (auditivos, visuales, gustativos, olfativos), con otras patologías (cardiorespiratorias, artritis, artrosis, diabetes, osteoporosis).

TIPOS DE DEMENCIA SENIL

- 1. Demencias Primarias:** En este grupo están incluidas las enfermedades neurológicas degenerativas que producen demencia en sus manifestaciones clínicas. La demencia tipo Alzheimer, demencia vascular y demencia debido a múltiples etiologías. También otras entidades neurológicas degenerativas cursan con demencia (Parkinson, pick, corea de Huntington).

- 2. Demencias Secundarias:** En este grupo están las enfermedades sintomáticas que cursan con demasiada demencia por alteraciones neurológicas.

ARTERIOSCLEROSIS: Cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión mantenida, responden engrosándose, lo que los hace menos flexible. En estas arterias tiesas se fijan con facilidad las grasas.

CARDIOPATIA HIPERTENSIVA: Cuando la arteriosclerosis afecta los vasos sanguíneos que alimentan el músculo cardíaco, el corazón se ve obligado a trabajar mas para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos, en algunos casos lo hace aumentando de tamaño, haciéndose mas rígido y menos eficaz.

INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia renal es la pérdida de función de los riñones. Independiente de su causa se clasifica en aguda y crónica de acuerdo con su aparición (días, meses, años). La insuficiencia renal aguda puede ser reversible de igual forma que la crónica es progresiva hacia la fase terminal. La insuficiencia renal crónica, es proceso que comienza cuando algunas neuronas pierden su función, termina cuando los restantes no son capaces de mantener la vida del paciente. El estado avanzado de la insuficiencia renal crónica es la uremia.

CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y AGUDA

En la insuficiencia renal crónica, las nefropatías son producidas por infecciones renales, abuso de algunos fármacos, enfermedades quísticas hereditarias. En la insuficiencia renal aguda, contracción del volumen de líquido extracelular (deshidratación), obstrucción de los uréteres por cálculos o coágulos.

SINTOMATOLOGIA

- Orinar varias veces en la noche.
- Orinar abundante.
- Orinar con espuma o de color oscuro.
- Falta de apetito, vomito y cansancio.
- Dolor de cabeza en hipertensos

3. 2. 11 ESPACIOS LIBRES DE HUMO

¿QUÉ OCURRE AL FUMAR?

La nicotina entra a la sangre a través de los pulmones y alcanza el sistema nervioso en solo siete segundos.

Un cigarrillo eleva el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. Al inhalar el humo, la nicotina actúa en el cerebro casi de forma inmediata y produce una acción reconfortable para la persona. La practica reiterada de esta conducta termina por crear una adicción.

Aunque el tabaco es una droga estimulante, la mayoría de los fumadores consideran que relaja, y esto se debe a que, una vez creado el hábito, el cigarrillo calma la ansiedad provocada por la falta del mismo.

Los fumadores suelen sufrir un mayor número de infartos a una edad más temprana que los no fumadores.

La nicotina en el tabaco te hace adictivo. El 95% de quienes comienzan a fumar necesitaran hacerlo más y más. Así inhalaras ingredientes que según múltiples estudios, provocan varios tipos de cáncer.

- **El cigarrillo arruga la piel** porque acelera el proceso de envejecimiento.
- **Causa mal aliento**
- **Corre el esmalte de los dientes e irrita los ojos y garganta.**
- **Es una de las causas de enfermedades del corazón.**

- Contribuye a empeorar condiciones como la diabetes, y es una causa importante de enfermedades respiratorias como: **asma bronquial, sinusitis crónica y pulmonía.**

Los beneficios de dejar de fumar

Son inmediatos y además, se acompañan de una serie de cambios psicológicos y comportamientos favorables; los ex-fumadores tienden a adquirir **un estilo de vida más sano**, a consumir menos alcohol, a llevar una dieta más saludable y aumentar su actividad física.

ENFERMEDAD CORONARIA

Es la obstrucción de los vasos sanguíneos del corazón y se traduce en problemas serios como la angina de pecho o infartos del corazón

ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

El fumador tiene doble de posibilidades de presentar un accidente cerebrovascular; este riesgo es mayor en los fumadores jóvenes.

ÚLCERA PÉPTICA

Existe mayor riesgo de desarrollarla en el fumador, se retarda su curación y son más probables las recaídas de la enfermedad.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Se manifiesta en dos formas: la bronquitis crónica que produce tos y expectoración en forma persistente, y el enfisema pulmonar, que genera destrucción del pulmón y dificultad respiratoria.

RIESGOS PARA EL FUMADOR PASIVO

La exposición involuntaria al humo del cigarrillo se relaciona con síntomas como irritación ocular, secreción de moco nasal, dolor de cabeza y tos.

El contacto crónico disminuye en forma importante la función de las vías respiratorias pequeñas. Además, el fumador pasivo tiene probabilidad una y media veces, mayor de presentar cáncer pulmonar que la persona que no se expone al humo.

3. 2. 12 LIDERAZGO

Es el proceso que consiste en transmitir información y significado. La verdadera comunicación ocurre solo cuando todas las partes que participan en el proceso entienden el mensaje (información) desde el mismo punto de vista (significado).

- **OBJETIVOS:** Son entusiastas y no claudican, enfrentan, pero no se derrotan ante la adversidad, y no gagan que decirles lo que deben de hacer o realizar.
- **CONFIANZA EN SI MISMO:** Indica si usted confía en sus propios juicios, si esta seguro de sus decisiones, ideas y capacidades. Los lideres manifiestan seguridad en sus capacidades y fomentan la confianza en sus seguidores y a medida que se ganan un respeto, también influyen en ellos las metas, las tareas y la persistencia de individuo.
- **CONTROL:** El líder es el que asume el control de su destino, controlan su suerte opinan que su comportamiento influye en forma directa en su desempeño, los líderes.

- **LA COMUNICACIÓN Y EL LIDERAZGO:** Debe ser eficaz. Es una de las capacidades fundamentales de los líderes, pues forma parte del liderazgo, todo buen líder también es comunicador eficaz; por lo tanto, hay una relación positiva entre capacidad de comunicación y el desempeño como líder. Las habilidades para las relaciones interpersonales y la comunicación son de todo buen liderazgo.

¿QUÉ ES UN LÍDER?

Líder es todo individuo que gracias a su personalidad, dirige un grupo social con la participación espontánea de sus miembros.

Rasgos de los líderes efectivos: Son aquellas características propias de los buenos líderes, son los atributos que diferencia a los líderes de los demás.

- **DOMINIO:** Los líderes deben ser directivos, tomar decisiones, deben tener autoridad y asumir responsabilidades.
- **ORGANIZACIÓN:** Tienen confianza en ellos mismos y aprenden de sus errores, en lugar de culpar de estos a los demás o atribuirlos a la mala suerte.
- **ESTABILIDAD:** Se asocia con la eficacia y el avance administrativo, los líderes estables controlan sus emociones, son seguros y positivos.
- **INTEGRIDAD:** Apunta a un comportamiento regido por la honestidad y la ética, lo que hace que una persona sea digna de confianza. La honestidad, que se refiere a la sinceridad, es siempre la mejor norma, como apoyar a sus seguidores y no divulgar los secretos.

- **INTELIGENCIA:** Sugerimos la capacidad cognoscitiva de razonar en forma crítica, para resolver los problemas y tomar decisiones.

FLEXIBILIDAD: Es la capacidad para ajustarse a diferentes situaciones. Los líderes tienen que mantenerse a la vanguardia en cuanto a las enormes modificaciones del mundo. Los buenos líderes son flexibles y se adaptan a las circunstancias.

3. 2. 13 LA RECREACIÓN³¹

La recreación es la actitud positiva del individuo hacia la vida en el desarrollo de actividades para el tiempo, que le permitan trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biológico, psicológico y social, que dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida.

La recreación debe enmarcarse en la actualidad como parte de la salud del ser humano y por lo tanto como una necesidad básica, a la cual el Estado y el individuo deben prestar toda su atención; la recreación no es para el tiempo libre sino que esta implícita en todo tiempo.

Para hablar de recreación tenemos que hablar de lúdica que es parte esencial de una dimensión del hombre, una condición humana durante toda su vida terrenal, que a través del goce innato nos permite suplir necesidades de expresión, de sentirse, de creación, de conocimiento y de potenciar nuestra vida a otras esferas que balancean las contradicciones y aflicciones de esta vida.

³¹ HOYOS Patricia. MANUAL DEL RECREADOR. POL EDITORES. ARMENIA –QUINDIO COLOMBIA. 1997. p.11.

Es necesario tener en claro que el concepto de lúdica no significa llenar a las personas de actividades empacadas para que las consuman, sino que es lograr extraer del hombre interior una acción consciente y permanente, que responda voluntariamente con vitalidad y energía.

Para evitar confusiones respecto al concepto de recreación, arriba mencionado debemos poner en claro los siguientes elementos que delimitan y lo enriquecen.

Resaltamos los aspectos de:

- Actitud positiva: es una actitud que lleva al aprendizaje, al logro de metas y al crecimiento personal.
- Actividades para el tiempo: la recreación debe estar presente en todos los momentos de la vida.
- El equilibrio biológico, psicológico y social: la recreación proporciona equilibrio integral al individuo.
- Mejor calidad de vida: La práctica recreativa siempre ayuda al mejoramiento de la calidad de vida. Las actividades que dañan a la persona no son recreación.

FORMAS DE RECREACIÓN

Dependiendo de la manera que se lleve a cabo se pueden considerar tres formas de recreación:

RECREACION ACTIVA: es aquella donde la persona **participa** de manera consiente y es autora de la actividad. Este tipo de Recreación no necesariamente implica movimiento físico.

RECREACION PASIVA: es aquella donde la persona es **espectadora** de la actividad. En este caso, la Recreación no se relaciona con la falta de movimiento físico. Por ejemplo en este encuentro hubo recreación pasiva, ya que los asistentes tuvieron la oportunidad de observar una obra de teatro, una presentación de danzas y aikido.

RECREACION DIRIGIDA: Es aquella en que la persona es **dirigida** por un facilitador que propone acciones, conocidas o desconocidas, que sirven para la recreación en forma espontánea.

COMPONENTES DE LA RECREACIÓN³²

Cada vez que hablamos de recreación aparecen algunos componentes de ella como son el tiempo libre, el ocio y la diversión para familiarizarnos con los términos veremos sus significados, semejanzas, diferencias y relación con el tema.

TIEMPO LIBRE: Podría afirmarse que es el tiempo personal, diferente al tiempo familiar, laboral, social o de otras ocupaciones. Es aquel en el cual la persona por libre elección escoge una forma de descanso o equilibrio mental puede estar incluido en cualquier tiempo de la vida diaria.

OCIO: Es lo que se realiza en el tiempo libre. El tiempo independiente donde la persona realiza actividades que le proporcionan un sentimiento de libertad y descanso. El ocio desarrolla el ser creativo y recupera las capacidades vitales y productivas del individuo.

³² lbit., p. 14

DIVERSION: Es una acción que se realiza con el fin de alejarse de las actividades cotidianas y proporciona alegría. Es un pasatiempo que puede convertirse en una rutina que distancia a la persona de la recreación creativa. **Integrados los anteriores componentes, la recreación se realiza en cualquier tiempo y lugar, es divertida y posibilita el ocio creativo.**

CARACTERISTICAS DE LA RECREACIÓN

Para la estructuración de un programa de recreación es necesario conocer y tener en cuenta las características esenciales que harán que lo planeado y llevado a cabo logre cumplir con los objetivos. Las características son las que hacen que una forma de recreación escogida permita al individuo la satisfacción de su necesidad de recreación, porque incluye aspectos motores, sociales y sociológicos. Estas características son:

- **ESTIMULADOR PSICOMOTOR:** El hombre necesita del movimiento en su formación integral, la recreación es un excelente motivador de las funciones motoras que permiten la evolución en el espacio, en el tiempo en forjar la personalidad.
- **DESCANSO:** Las actividades recreativas contribuyen a la recuperación física y mental.
- **APROPIACIÓN:** El ocio creativo le permite a la persona adueñarse de sus propias formas de recreación y en ocasiones hacerse merecedor de algo que le representa un triunfo personal o una ganancia.

- **CREATIVIDAD:** Le sugiere al participante algunas vías para desarrollar aptitudes o destrezas y actitudes en forma de expresión en cada situación de manera personal o frente a un grupo.
- **FORMACIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL:** La participación, cooperación, la comunicación que generan el acto recreativo, mejoran las relaciones con otros.
- **LIBERADOR DE LA ESPONTANEIDAD:** Ayuda a una conducta liberadora con formas de expresión individuales. A través del desarrollo de programas de autoexpresión el ser humano se hace mas tranquilo, mas espontáneo y saca a flote no solo su capacidad creadora sino su condición de homo ludens, hombre lúdico, hombre que juega.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESPACIOS RECREATIVOS

Según el espacio donde se desarrolla la actividad:

- Al aire libre
- Recinto cerrado
- Urbano
- Campestre

Según la edad del participante:

- Infantil
- Juvenil
- De adultos
- Con viejos

Según el grupo participante:

- Familiar
- Escolar
- Empresarial
- Comunitario

Según las técnicas empleadas

- Expresivas
- Jugadas
- De interpretación ambiental
- Culturales
- Sociales

EL RECREANDO

Es aquella persona o grupo poblacional donde llega la recreación de manera privada, estatal o comunitaria. El recreando es el objetivo primordial del recreador y para el éxito de su gestión, por lo tanto es necesario que conozca las necesidades e intereses de éste.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA SOBRE EL RECREANDO

En la planeación de un programa recreativo se debe tener en cuenta:

- **EL SECTOR POBLACIONAL** (Sectorización): El sitio al que pertenece el recreando. Así mismo, programar actividades ya sean ambientales, terapéuticas o turísticas; es decir, aproximar la recreación a la cotidianidad de las personas.

- **SEGMENTACIÓN:** Es necesario programar actividades recreativas según la edad de los recreandos. Hablamos de niños, jóvenes, adultos o viejos. Las personas tienen una estructura lúdica diferente, que está de acuerdo con su ciclo vital.
- **ZONIFICACIÓN:** Es importante conocer características geográficas del entorno, extensión del sector, diferencias socioeconómicas y procesos sociales que allí se desenvuelven.

TECNICAS DE RECREACIÓN

- **DINAMICAS DE GRUPO:** Son técnicas que utiliza el grupo como uno de los medios útiles en el proceso de comunicación, crecimiento y maduración de sus integrantes.

La palabra **Dinámica** proviene del griego **dynamis** y significa energía, fuerza y cambio.

TIPOS DE DINAMICA: De presentación, de conocimiento, de Integración.

DINAMICA DE PRESENTACION:

- Ayuda a los participantes a romper tensiones de primer momento.
- Permite que todos sean tomados en cuenta.
- Favorecen un primer conocimiento de las personas.

DINAMICA DE CONOCIMIENTO:

- Ayudan a profundizar las primeras relaciones de amistad.
- Descubren la capacidad que tiene cada integrante para confiar en los demás y en sus posibilidades.
- Ayudan a crear un clima de confianza y de participación en el grupo.

DINAMICA DE INTEGRACION:

- Permite desarrollar acciones de más confianza y trabajo grupal.

Estimula habilidades de liderazgo, creatividad y comunicación.

- **RECREATIVO:** las actividades recreativas se pueden considerar de tres formas:
- **LÚDICO:** son aquellas actividades relacionadas con el juego y el movimiento. Se encuentran entre este grupo las rondas, los juegos (de salón, acuáticos, mesa e ingenio) y las dinámicas de grupo.

LAS RONDAS: son una danza popular infantil o canción bailada, significa además, rueda donde los participantes conectados entre si, forman una cadena cerrada y bailan en circulo.

Para su desarrollo se puede acompañar de instrumentos musicales, de palmoteo y de movimientos corporales.

3. 2. 15 RELAJACIÓN

Técnicas de relajación, procedimientos para la consecución de estados psicofísicos opuestos a la conmoción y la tensión, cuyas características son una disposición anímica positiva y una sensación de bienestar, pero, sobre todo, la supresión de la angustia. La frecuencia baja de los latidos del corazón es señal de relajación.

Entre las más conocidas técnicas de relajación se encuentran el entrenamiento autógeno, el bio-feed-back (biorrealimentación), los métodos de autosugestión (como el yoga) y la meditación. Estas técnicas se aplican de forma terapéutica en el tratamiento de diferentes trastornos de conducta y neurosis, como la angustia, o

en enfermedades psicosomáticas que se manifiestan o van unidas a determinadas contracturas musculares. En los casos en los que existen tensiones musculares crónicas y dolorosas se emplean psicofármacos relajantes como terapia de ayuda.

La hipnosis es también un método apropiado en la terapia de relajación. Al lado de la narcosis, se emplea para producir el estado de relajación necesario para poder iniciar un tratamiento de angustia fóbica, a través de una activa desensibilización. En los trastornos extremos de angustia, en los que se producen numerosas contracturas, se utiliza una terapia auxiliar denominada de relajación condicionada.

La propuesta de la relajación es separarse de ciertas actividades que someten al cuerpo a un excesivo estrés. La mayoría de las técnicas de relajación consisten en un entrenamiento de los músculos del cuerpo para evitar tensiones ocultas. Las técnicas de relajación también enseñan a los individuos a reconocer ligeras tensiones de la vida diaria lo que les permite afrontarlas. Cuando un individuo está estresado, se activa la llamada "respuesta de lucha o de arrebato", con la que la persona sufre un incremento en la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria. Uno de los instrumentos más utilizados por los terapeutas es la respiración profunda, puesto que la tensión produce por sí misma cambios en la respiración.

LA VISISUALIZACION EN MEDIO DE LA RELAJACIÓN

La visualización es el uso de la imaginación para crear imágenes de situaciones y condiciones deseadas. Con cualquier técnica de visualización, cuanto más

poderosa y completa es la imagen, más grande será la respuesta. El uso consciente de visualizaciones permite a los participantes usar la imaginación de manera estructurada, estableciendo claros vínculos con los sueños y deseos, lo cual permite una relajación y control de los síntomas físicos de la enfermedad. En resumen, si uno piensa que se siente bien, se encuentra mejor. Además si intentamos visualizar cómo es nuestro cuerpo por dentro, podemos tratar de sobreponernos a algunas enfermedades físicas frecuentes como la hipertensión (tensión arterial alta). Las visualizaciones permiten reafirmarse en sentimientos y combatir el estrés y algunas manifestaciones físicas de la enfermedad.

3. 2. 16 LA MENOPAUSIA

- **CLIMATERIO:** Periodo que separa el estadio reproductivo del no reproductivo de la vida de la mujer, se estima que ocurre alrededor de los 50 Años. La pre-menopausia precede a la menopausia durante un periodo de 2 a 8 Años y la post-menopausia entre 1 y 6 años. Durante esta última fase la función ovárica, ya precaria, se reduce al mínimo. El climaterio con frecuencia va acompañado de síntomas y es lo que se denomina el “síndrome climaterio”.

Los síntomas climatéricos se derivan de la actividad ovárica disminuida y sus consecuencias metabólicas, además de los factores socioculturales determinados por el propio entorno y de los factores psicológicos dependientes del carácter de la mujer.

- **MENOPAUSIA:** Es una condición natural que marca el fin del periodo fértil de una mujer (fin de la menstruación). Es un proceso natural que no debe verse como algo negativo.

Se considera que una mujer llega a la menopausia cuando no ha tenido menstruación por un periodo de doce meses consecutivos. Esto generalmente sucede entre las edades de 45 y 55 Años con una edad promedio de 51 Años.

La menopausia comienza antes de la última menstruación, los niveles hormonales comienzan a variar disminuyendo paulatinamente y en ocasiones elevándose, causando periodos menstruales irregulares, a veces con aumento del flujo menstrual.

- **NATURAL:** Se produce como promedio a los 50 o 51 años. A medida que los ovarios envejecen, las respuestas a las gonadotropinas hipofisarias disminuyen y en consecuencia, los ovarios secretan de forma menos progresiva cantidad de estrógenos y progesterona y la ovulación se detiene. Esta fase se denomina climaterio y más reciente peri menopausia.
- **PREMATURA:** Es la que se produce antes de los 40 por una insuficiencia ovárica, por diversas situaciones entre ellas las que se barajan por una predisposición genética, a trastornos auto inmunes que producen anticuerpos que pueden afectar entre otras glándulas a los ovarios.
- **ARTIFICIAL:** Se origina por intervenciones quirúrgicas como la ovariectomía, por la irradiación de la pelvis, incluyendo los ovarios u otros problemas que los pueden afectar.

SIGNOS Y SINTOMAS

Alrededor de unos siete años antes de ocurrir la menopausia, más o menos a la edad de 44 años, se comienza a notar ciertos síntomas y cambios en el periodo menstrual.

- **Oleadas de calor:** Ocurre por dilatación de los vasos sanguíneos permitiendo mas flujo de sangre a la piel. La temperatura de la piel aumenta de 4 a 8 grados ocasionando el enrojecimiento de la cara, sudor y sensación de acaloramiento. El corazón palpita más fuerte y rápido.
- **Alteraciones en el estado de ánimo**
- **Disturbios en el patrón normal del sueño**
- **Resequedad Vaginal:** Por la misma disminución de los niveles hormonales, el recubrimiento de la vagina se adelgaza, reseca y se torna menos flexible la que causa dolor, inflamación y hasta sangrado. Aumenta también el riesgo de infecciones por levaduras y hongos.
- **Dolores de cabeza**
- **Incontinencia urinaria:** La falta de estrógenos hace que el recubrimiento interno de la uretra se adelgace y los músculos de alrededor se debilitan ocasionando la pérdida involuntaria de orina al toser, estornudar o reír.
- **Cambios en la piel:** La piel se torna más delgada progresiva y pierde elasticidad debido a la falta de colágeno, una proteína que mantiene la piel firme.
- **Cambios en la memoria:** Lapsos de perdida en la memoria.

- **Alteraciones psicológicas:** Pueden aparecer alteraciones en el ánimo, irritabilidad, nerviosismo, insomnio, angustia, temor, ansiedad, cefaleas.

CONSECUENCIAS DE LA MENOPAUSIA

- **Enfermedad coronaria:** Se da por la disminución de la producción de estrógenos. El estrógeno tiene un efecto protector en el corazón, al disminuir los niveles de colesterol.
- **Osteoporosis:** La osteoporosis afecta a cada una de dos mujeres durante la vida. Las mujeres que tienen historia familiar de osteoporosis, menopausia temprana, fumadora o de constitución menuda tiene un mayor riesgo.
Durante los primeros 5 años luego de la menopausia, algunas mujeres pierden hasta una cuarta parte de su densidad ósea.
- **Envejecimiento de la piel:** La piel esta regulada por las hormonas estas tienen una influencia decisiva sobre el grosor de la piel, su hidratación, su pigmentación y la regulación de la cantidad de sebo. Favorecen la renovación de las células de la dermis. La piel se afina, se vuelve más frágil y pierde su elasticidad.

4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

A continuación se mencionara las estrategias metodológicas que se utilizaron para el desarrollo de las actividades, las cuales se realizaron a nivel individual, familiar y grupal.

4.1 ÁREA EDUCATIVA

Las estrategias metodológicas que se desarrollaron en el año de pasantía desde el área educativa fueron:

ESTRATEGIA METODOLOGICA (LA CHARLA)

Es la forma de expresión oral mas espontanea y frecuente que se da entre las personas. Por su condición eminentemente social, los hombres sienten imperiosa necesidad de intercambiar ideas. Mediante el empleo que haga el individuo de la charla, se puede dar cuenta de la impresión que causa a los demás y una idea de cómo son las personas; que piensan de las cosas del mundo, que cultura tienen y muchas veces puede determinar que grado de interacción puede lograr con ellas.

Una verdadera charla, es aquella en que se intercambian ideas, experiencias; aquella en la que exista algo de interés para comunicar; aquella donde hay estímulos y motivación, ideas, experiencias.

CHARLAS EDUCATIVAS REALIZADAS: 14

POBLACION BENEFICIADA DE LAS CHARLAS EDUCATIVAS

Adultos Mayores de los grupos de Balastera (15), La Pista (15), Turbay (10), La Julia (30), Los Robles (15), Comedor de Bomberos Fundadores (40), Centro Día Atardecer Montenegrino (60) y otros grupos del programa Abuelos en acción (35).

TOTAL BENEFICIADOS: 220 ADULTOS MAYORES

1. TEMA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

OBJETIVO

- Educar a la población en estilos de vida saludable, ya que es la única forma de prevenir y reducir las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Promover desde edades tempranas el cuidado de la salud, con el fin de tener un envejecimiento exitoso.

METODOLOGIA

PRIMERO se dio la definición de lo que son los Estilos de Vida Saludables, Son una forma de vida, que incluye unos comportamientos saludables, es decir, la aplicación de unos hábitos que debemos adquirir como son:

- ❖ Alimentación balanceada
- ❖ La actividad física
- ❖ *Espacios libres de humo*

- ❖ *Visite regularmente a su medico*
- ❖ Tomar sin falta los medicamentos

(ENFOQUE PREVENTIVO DE LA ACTIVIDAD)

El lograr que dichos comportamientos y hábitos se formen de manera adecuada nos permitirá disfrutar de una vida plena y agradable, no sólo en la parte biológica sino sicosocial y espiritual; contribuyendo eficazmente a mantener un buen estado de salud, evitando la aparición de enfermedades causantes de altos índices de mortalidad e incapacidad en las personas.

2. TEMA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

OBJETIVO

- Educar a la población sobre lo que es la hipertensión, con el fin de reducir el riesgo de apoplejía e infartos de miocardio.

METODOLOGIA

PRIMERO se dio la definición de **Presión Arterial** “es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias”.

HIPERTENSIÓN: Es la misma presión arterial alta y ocurre cuando las arterias se estrechan o pierden elasticidad; entonces, ante la dificultad el corazón tiende a bombear con mayor intensidad la sangre... si esto persiste por mucho tiempo se desarrolla la “presión alta”

Luego se agrego que la pérdida de peso disminuye la tensión arterial es beneficioso para el paciente llevar una dieta pobre en sal, alcohol y grasas totales, y rica en contenido de potasio, calcio, grasas polisaturadas, magnesio y fibra. El aumento de la actividad física puede también reducir la tensión arterial. Aunque el fumar no afecta a la tensión arterial, aumenta el riesgo de apoplejía o de infarto de miocardio.

Para terminar se tomo la presión arterial a cada Adulto Mayor, lo cual permitió mostrar la importancia de controlar su nivel.

(ENFOQUE PREVENTIVO DE LA ACTIVIDAD)

Educar a la población sobre este tema de gran importancia, ya que la Hipertensión es un enemigo oculto que presenta sus síntomas, en la mayoría de los casos cuando ya la enfermedad ha causado daños irreversibles en el organismo, es por esto que se debe hacer prevención y enseñarle a las personas como deben cuidarse para mantener la presión controlada y un buen estado de salud.

3. TEMA: COMO MANEJAR EL ESTRÉS

OBJETIVO

- Dar a conocer a la población algunas pautas de manejo, ya que el estrés es uno de los factores de riesgo que produce daño en nuestro organismo.

METODOLOGIA

A manera de introducción PRIMERO se dio la definición de lo que es El Estrés.

Como SEGUNDO paso o punto se comento como se origina el estrés y los factores que lo producen, después se resaltaron los dos tipos de estrés que hay y los síntomas que manifiesta los que lo presentan. Por ULTIMO se dieron algunas

Formas de manejo del estrés:

Para finalizar se hizo un ejercicio de Relajación con música ambiental de fondo, esto se mostró como una técnica para utilizar en momentos de tensión emocional.

(ENFOQUE PREVENTIVO DE LA ACTIVIDAD)

Esta charla permitió dar a conocer a las personas temas que enseñen como tomar medidas correctivas en momentos de crisis, además se educó a la población sobre los daños que puede producir en el organismo y como deteriora el sistema vascular.

4. TEMA: IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

OBJETIVO

- Optimizar la calidad de vida de la población, de manera que se promueva el desarrollo corporal y bienestar de la persona.

METODOLOGIA

PRIMERO se dieron a conocer algunos términos con el fin de señalar las diferencias:

- **ACTIVIDAD FÍSICA:** Se considera como una variedad amplia de movimientos musculares que se realizan, dando lugar a un gasto de energía. Como son la recreación, el ejercicio, caminar, bailar, aeróbicos, bicicleta y actividades deportivas.

Cuando realizamos actividad física moderada con regularidad, estamos optimizando la calidad de vida, mejorando la salud para mantenernos sanos, promoviendo el desarrollo corporal y el bienestar de la persona.

- **EDUCACIÓN FÍSICA:** Es aprender a educar nuestro cuerpo, cuidándolo, comprender para que sirve a nuestra salud y en las diferentes actividades deportivas.
- **DEPORTE:** Conjunto de actividades físicas que el ser humano realiza con intención lúdica o competitiva, los deportes de competición, que se realizan bajo el respeto de códigos y reglamentos establecidos, implican la superación de un elemento, ya sea humano (el deportista o equipo rival) o físico (la distancia, el tiempo, obstáculos naturales).
- **SEDENTARISMO:** Es la poca movilidad de desplazamiento, aquella persona que no realiza ninguna actividad física.
- **CALENTAMIENTO:** Preparatoria para iniciar una actividad física, caminar lento y luego rápido, movimiento en diferentes direcciones, esto nos permite afrontar el esfuerzo requerido para la actividad a empezar, el tiempo de duración es de 5 a 10 minutos.

- **ESTIRAMIENTO:** Extensión del músculo más allá de su longitud en reposo, en este estado, mantiene el equilibrio contra fuerzas externas.

LUEGO se explico porque se debe realizar 30 minutos diarios de actividad física y los beneficios que trae una rutina diaria, después se comento de los efectos del sedentarismo en el estado de salud, luego nombro las precauciones que se deben tener a la hora de realizar una actividad física y las recomendaciones para mantenerse activo

NOTA: Al finalizar la charla se realizo 30 minutos de actividad física donde se explico a las personas como debían de ejecutar los ejercicios.

5. **TEMA:** COMO VIVIR CON DIABETES

OBJETIVO

- Educar a la población sobre lo que es la Diabetes, sus causas, consecuencias y cuidados si se quiere vivir mejor.

METODOLOGIA

PRIMERO se aclararon algunos conceptos y se explico lo que es la Diabetes, LUEGO se explico la sintomatología de la enfermedad y como prevenir su aparición, durante la charla se hicieron preguntas, se escucharon las opiniones y experiencias de los participantes y se contestaron las inquietudes que manifestaban.

NOTA: Al terminar la actividad se entregaron algunas recomendaciones nutricionales para el manejo de la diabetes (**FOTOCOPIAS**).

6 TEMA: LA MENOPAUSIA

OBJETIVO

- Educar a la población sobre el tema, mencionar los cambios que se presenta durante esta etapa, y al mismo tiempo se busca romper con algunos estereotipos que se tiene sobre la menopausia.

METODOLOGIA

PRIMERO se aclararon términos como:

- *Climaterio y Menopausia*

LUEGO se mencionaron los tipos de menopausia, los signos, los síntomas y

Las consecuencias que pueden sufrir aquellas mujeres que la presentan

7. TEMA: ¿QUÉ ES HIPERCOLESTEROLEMIA?

OBJETIVO

- Mostrar a la población la importancia que tiene aprender sobre temas que les guiara en el cuidado de la salud.

METODOLOGIA

Se explico en que consiste la enfermedad, las causas y los factores que influyen en el incremento del nivel de colesterol, por ultimo se dio a conocer los niveles de colesterol en la sangre.

Niveles de colesterol en sangre

HIPERCOLESTEROLEMIA	NIVELES DE COLESTEROL TOTAL EN SANGRE
Normal	<200 mg/dl
Leve	200-249 mg/dl
Moderada	250-299 mg/dl
Grave	>299 mg/dl

(ENFOQUE PREVENTIVO DE LA ACTIVIDAD)

- El desarrollo de este tema permitió no solo educar a la población, sino invitar a los adultos mayores a realizarse los exámenes pertinentes para la detección temprana de la enfermedad, de manera que se puedan adoptar medidas como una dieta adecuada y de un estilo de vida saludable, ya que sólo se recurre a un tratamiento farmacológico cuando el dietético ha resultado ineficaz.

8. TEMA: LA AUTOESTIMA

OBJETIVO

- Identificar el concepto que tienen cada Adulto Mayor de si mismo y el grado de aprecio que se tiene.

METODOLOGIA

PRIMERO se realizo una dinámica de grupo y se explico que es la menopausia, después se nombro los postulados de Bastidas y Lobo (1991), quienes resumen en cuatro pasos la conformación de la autoestima

NOTA: Para finalizar se hizo un ejercicio que consistía en lo siguiente:

A Cada Adulto Mayor se le entrego una hoja en la cual debía dibujarse y copiar alrededor sus prioridades, esto con el fin de conocer cuales son las cosas más importantes para el individuo y a las cuales dedica más tiempo, sin tener en cuenta que descuida su propia vida.

9. **TEMA:** APRENDAMOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

OBJETIVO

- Dar a conocer a la población lo que es la enfermedad y los síntomas que se presentan.

METODOLOGIA

Se explico lo que es La enfermedad de Parkinson y los síntomas que presenta los pacientes que la sufren.

10. **TEMA:** EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

OBJETIVO:

- Concientizar a la población de que el envejecimiento es un proceso natural, inherente al organismo y que forma parte del ciclo evolutivo de la vida.
- Promover desde edades tempranas el cuidado de la salud, con el fin de tener un envejecimiento exitoso.

DESARROLLO:

Para iniciar la charla **PRIMERO** se tuvo en cuenta los siguientes conceptos:

- envejecimiento
- envejecimiento demográfico
- envejecimiento diferencial
- envejecimiento fisiológico y patológico
- envejecimiento normal
- vejez

- vejez cronológica
- ciclo vital

LUEGO se explico todo lo referente al proceso de envejecimiento, luego se explico los seis tipos de cambio que los individuos enfrentan durante dicho proceso y el porque y como envejece cada parte del cuerpo.

11. **TEMA:** ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS

OBJETIVO

- Dar a conocer a la población aquellas enfermedades que deterioran el organismo pero que pueden ser prevenidas con estilos de vida saludable

METODOLOGIA

Para iniciar la charla PRIMERO se dio la definición de lo que son ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES, luego se nombre cuales estaban dentro de este grupo, se explico las causas, los síntomas y el tratamiento.

12. **TEMA:** MITOS ASOCIADOS A LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO

OBJETIVO

- Educar a la población sobre la importancia de asumir su personal proceso de envejecimiento.

METODOLOGIA

Esta charla educativa se llevo a cabo de la siguiente manera **PRIMERO** se realizo una dinámica de ambientación y después se inicio el taller donde se aclararon los siguientes conceptos:

- *La vejez sinónimo de enfermedad*
- *Con la vejez llega la senilidad*
- *Decadencia intelectual*
- *La improductividad*
- Perdida de la sexualidad

13. TEMA: ESPACIOS LIBRES DE HUMO

OBJETIVO

- Enseñar a la población que el cigarrillo afecta no solamente al fumador sino también a las personas que están a su alrededor.

METODOLOGIA

PRIMERO se pregunto ¿quienes fuman?, luego se explico que ocurre al fumar y a que se exponen las personas que lo consumen, después se señalo los beneficios que trae dejar de fumar y el riesgo al que se exponen los fumadores pasivos.

14. TEMA: CÓMO SER UN BUEN LÍDER

OBJETIVO

- Fomentar la participación e integración del grupo con el fin de que sean ellos quienes ofrezcan ideas y soluciones.

METODOLOGIA

En esta charla se dieron pautas para tener un buen liderazgo, la visión de líder y las acciones que debe tener en cuenta, luego se formaron grupos con el fin de cada uno representaran las clases de líderes.

ESTRATEGIA METODOLOGICA (EL TALLER)

Es una actividad grupal, compuesta por varios momentos, encaminados al logro de unos objetivos previamente establecidos, con el ánimo de facilitar una reflexión en torno a un tema de interés común.

TALLERES PARA HIJOS ADULTOS Y PADRES ANCIANOS

Los cuatro talleres que se mencionaran continuación para hijos adultos (padres) y padres ancianos (abuelos), se realizaron con las familias de los adultos mayores que asisten al Centro Día Atardecer Montenegrino, y con las familias de Adultos Mayores que pertenecen a los grupos de los Barrios la Julia y los Robles en las instalaciones del Hospital Antiguo, esto aprovechando los grupos ya conformados. También se trabajo con 40 familias identificadas por medio de una encuesta que se aplico a 120 niños de grados 4º y 5º de las Instituciones educativas Santa María Goretti, Los Fundadores, Nuestra Señora de la Soledad y General Santander; con el fin de conocer cuantos niños vivían en casa con abuelos y a cuantos les interesaba participar en actividades educativas y culturales.

POBLACION BENEFICIARIA

- 60 Adultos mayores Centro Día y 30 familiares
- 30 Adultos Mayores del Barrio La Julia y 16 familiares
- 15 Adultos Mayores del Barrio Los Robles y 10 familiares
- 10 Adultos Mayores de la Institución Educativa Los Fundadores y 10 Familiares.
- 10 Adultos Mayores de la Institución Educativa La Soledad y 10 Familiares.
- 10 Adultos Mayores de la Institución Educativa Santa María Goretti y 10 Familiares.
- 10 Adultos Mayores de la Institución Educativa General Santander y 10 Familiares.
- 5 Adultos Mayores del Barrio La Pista y 4 Familiares.
- 120 niños de las Instituciones Educativas
- 30 Niños de Centro Día
- 20 Niños del grupo de la Julia
- 10 Niños del grupo de los Robles

NOTA: Estas fueron las familias que voluntariamente participaron de los talleres educativos.

POBLACION TOTAL BENEFICIADA DE LOS TALLERES EDUCATIVOS:

150 ADULTOS MAYORES

160 NIÑOS

100 FAMILIAS

A través de estos talleres se pretende indicar con sencillez y honestidad las acciones que hay que emprender o las actitudes que hay que adoptar frente a situaciones críticas con los adultos mayores, ya que para muchas familias el cuidado de sus ancianos no tiene mucha relevancia, por lo tanto prefieren relegarlos o institucionalizarlos.

Asimismo es necesario que los hijos adultos conozcan la importancia de que sus padres se mantengan activos a nivel social.

Esta actividad busca también que los hijos cuidadores reciban apoyo, pues su constante dedicación al paciente también crea situaciones de estrés, angustia, depresión, etc.

Además, pretende crear un ambiente agradable entre el cuidador y el anciano, ya que no se debe buscar solo un acompañamiento, sino un bienestar y esto se puede lograr a través de la comunicación y la interacción con las personas.

OBJETIVOS

- Dar a conocer la importancia de conservar las redes de apoyo.
- Sensibilizar al hijo cuidador con respecto al buen trato del adulto mayor.

TALLER N° 1

“COMO CUIDAR DE LOS PADRES QUE NOS CUIDARON”

OBJETIVO

- Sensibilizar y educar a los hijos adultos, acerca de los cuidados que se deben tener con sus padres ancianos.
- Proporcionar a los hijos cuidadores estrategias e indicaciones no solo para el cuidado del adulto mayor, sino de si mismo.

METODOLOGIA

Este taller se realizo de la siguiente manera:

1. Se explico a los hijos adultos que cuidar no es lo mismo que amar. Generalmente pensamos que si amamos a una persona será fácil cuidarla, pero no es así. Cuidar de los padres requiere habilidades específicas: observar, escuchar, planificar, mostrar empatía, reflexionar sobre los problemas, hacer lo correcto y trabajar con otros. No nacemos con estas habilidades, ni tampoco se derivan directamente del amor. Debemos adquirirlas, de ahí el objetivo del taller.
2. Luego se expusieron siete pasos para cuidar a los padres de forma eficaz:
 - El **PRIMER** paso consiste en identificar los problemas que existen y establecer un orden de prioridad entre ellos.
 - El **SEGUNDO** paso consiste en superar los sentimientos de negación.

- El **TERCER** paso consiste en manejar las emociones.
- El **CUARTO** paso consiste en establecer colaboraciones o asociaciones.
- El **QUINTO** paso consiste en aprender a equilibrar las necesidades de tus padres y las de los otros miembros de la familia que dependen de ti.
- El **SEXTO** paso consiste en aprender técnicas para cuando te sientes fuera de control.
- El **SEPTIMO** paso consiste en dejarles marchar, continuar con tu vida y aprender a aceptar que has hecho todo lo que has podido.

Utilizar los siete pasos para aumentar tu eficacia requiere tiempo y practica, pero puedes utilizar estas técnicas para tomar y aplicar mejores decisiones con y para tus padres ancianos y otros miembros de la familia.

TALLER N° 2

“FORTALECIENDO NUESTRA COMUNICACIÓN FAMILIAR”

OBJETIVO

- Fortalecer los lazos afectivos y la comunicación entre hijos-padres.

METODOLOGIA

La actividad se desarrollo de la siguiente manera:

1. Se realizo 20 minutos de actividad física.
2. Se realizo una dinámica de ambientación llamada el teléfono roto, esta consiste transmitir oído a oído una información o palabra, al llegar al ultimo

participante debe ser la misma, si no, es porque alguien rompió el teléfono, es decir la comunicación

3. Partiendo de la dinámica anterior se inicio el tema sobre la comunicación
4. Se realizo una relajación de 15 minutos en medio de la cual se leyó una reflexión llamada “una comunicación sana”.
5. Se hizo un mural de los sueños donde cada persona debía poner un deseo para su familia.
6. Para finalizar se entrego de una manera simbólica una semilla a cada grupo familiar, con el fin de que recuerden siempre que la comunicación en la familia hay que sembrarla y abonarla si queremos tener buenos frutos en nuestra relación familiar.

TALLERES PARA ABUELOS Y PADRES (INSTITUCIONES EDUCATIVAS)

Los talleres educativos son una técnica que permite llevar a cabo acciones o actividades organizadas con distintos fines.

Teniendo en cuenta que las pautas inadecuadas de crianza son una de las problemáticas mas predominantes en las familias del Municipio de Montenegro, y que aparte de esto, muchos padres debido al trabajo no están constantemente con sus hijos y los dejan al cuidado de sus abuelos se vio la necesidad de realizar dos talleres educativos con padres y abuelos, en las Instituciones Educativas Nuestra señora de la Soledad y Los Fundadores con una asistencia de 10 padres y 10 abuelos por Institución.

El objetivo de dichos talleres fue desarrollar procesos de formación a los padres de familia en temáticas de educación familiar y aceptación del personal de proceso de envejecimiento, además se buscaba identificar los factores que afectan su Integración y marcha.

“BUSQUEMOS UNA FAMILIA SALUDABLE”

TALLER N° 1

“CONOCIENDO MI DESARROLLO”

OBJETIVO

- Dar a conocer a los padres y abuelos la importancia de conocer la velocidad propia del desarrollo de un niño, ya que se le puede estimular en forma adecuada, respetando las diferencias individuales, aspecto fundamental para la personalidad sana.

METODOLOGIA

Esta actividad educativa se llevo a cabo de la siguiente manera:

1. se dio a conocer el desarrollo evolutivo de los niños, luego se entrego una hoja de block a cada padre y se le pidió que dibujaran a sus hijos de tres forma **1.** recién nacido; **2.** De 5 a 7 años y **3.** Situación actual.

TALLER N° 2

“IDENTIFICANDO NUESTRAS NECESIDADES FAMILIARES”

OBJETIVO

- Reconocer la necesidad de brindarle amor, afecto no solo a sus hijo/ nietos, sino entre cada uno de los miembros de la familia, de manera que se ayude en la formación integral y se cree espacios de confianza.

VALORES

Amor y respeto a sus hijos; unión familiar, mis responsabilidades como padre en la parte biológica, espiritual, cognitiva y psicoafectiva social.

METODOLOGIA

Esta actividad se desarrollo de la siguiente manera:

1. Se explico a los padres y abuelos que es EDUCAR y la importancia de brindar afectividad al niño por medio de tres maneras:

- Mediante un lenguaje no verbal o mímico.
- Lenguaje verbal
- Como reflejo del comportamiento de relación que el niño percibe entre los adultos.

2. Se compartió con los padres la siguiente lectura:

“PAPITOS Y ABUELITOS POR FAVOR DEMEN LA DOSIS PRECISA”

Usted, como padre y abuelo, esta aplicando vacunas sociales cuando:

- No da a su hijo/nieto todo lo que pide
- No le celebra sus groserías
- Brinda orientación Espiritual
- Compromete a su hijo con el orden y le asigna responsabilidades
- Le orienta en sus lecturas
- Evita discutir en presencia de él
- No le da a su hijo mas dinero del necesario
- Le motiva a practicar algún deporte y lo acompaña
- Analiza con el sus amistades
- No le da siempre la razón.

TALLERES CON LOS NIÑOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

OBJETIVO

- Educar a la población infantil en temas relacionados con la vejez y el envejecimiento, de manera que desde edades tempranas se prevengan enfermedades crónicas y degenerativas, por medio de la adopción de estilos de vida saludable que darán como resultado un envejecimiento exitoso.

TALLER N° 1

“ENTENDIENDO MI PROPIO PROCESO”

OBJETIVO

- Dar a conocer a los niños que el envejecimiento es un proceso natural, que se presentan cambios, pero que no es el acabose de nuestra vida.

METODOLOGÍA

Este taller se realizo de la siguiente manera:

1. Se realizaron algunas dinámicas de ambientación para crear un ambiente agradable y participativo en medio de los niños.
2. Se les pidió que dibujaran a sus abuelos y se dibujaran ellos mismos estando viejos también. Esta actividad permitió que muchos niños mencionaran que no querían ser viejitos porque serian muy enfermos y feos, otros agregaron que serian como sus abuelitos.
3. A través de dibujos y un folleto ilustrado se enseñó a los pequeños los cambios físicos, sociales, las nuevas ocupaciones y las actividades que deben realizar las personas mayores para cuidar de su imagen en la vejez y asimismo como se cuidarían ellos para tener un envejecimiento exitoso y saludable.

**ANEXOS FOTOGRÁFICOS
CHARLAS Y TALLERES EDUCATIVOS
PADRES-ABUELOS-NIETOS**



FIGURA N° 1: Taller vivir saludable, se realizo con los abuelos y nietos del centro
Día Atardecer Montenegrino



FIGURA N° 2



FIGURA N°3

TALLER VIVIR SALUDABLE

TALLER PARA HIJOS ADULTOS Y PADRES ANCIANOS



FIGURA N° 4 Dinámica de integración



FIGURA N° 5 Dinámica de Ambientación y Reflexión



FIGURA N° 6 TALLER COMO CUIDAR A LOS PADRES QUE NOS CUIDARON



FIGURA N° 7 Grupo de Hijos Adultos y Padres Ancianos de las instituciones educativas Santander y fundadores

TALLER FORTALECIENDO NUESTRA COMUNICACIÓN FAMILIAR



FIGURAS N° 8 - 9 Cada participante del grupo familiar debía pedir y escribir en el mural un deseo para su familia



FIGURAS N° 10 Grupo del Centro día



FIGURA N° 11 Lectura de reflexión



FIGURA N° 12
Charla Educativa con el grupo de Adultos mayores del comedor de Bomberos Programa Juan Luis Londoño de la Cuesta

ENTENDIENDO MÍ PROCESO



FIGURA Nº 13-14 TALLER EDUCATIVO con los niños de la Institución Educativa nuestra señora de la soledad



FIGURA Nº 15 TALLER DE INTEGRACIÓN ABUELOS-NIETOS GRUPO DE LA JULIA

FIGURA Nº 16
“Taller identificando nuestras
necesidades familiares”



ESTRATEGIA DE METODOLOGICA

(La capacitación)

Proceso mediante el cual se puso a disposición conocimientos básicos acerca de los diferentes temas relacionados con el envejecimiento y la vejez, su objetivo no solo consistió en capacitar y brindar información, sino que permitió sensibilizar a los niños de los diferentes sectores frente al proceso de envejecimiento.

1ª SENSIBILIZACIÓN FRENTE AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

CON LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1º Y 2º GRADO

INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN EL 2006

- ❖ Nuestra Señora de la Soledad (44 niños)
- ❖ Rafael Uribe Uribe (73 niños)
- ❖ General Santander (87 niños)
- ❖ Instituto Montenegro (48 niños)
- ❖ Francisco José de Caldas (98 niños) **TOTAL: 350 NIÑOS**

POBLACION INFANTIL BENEFICIADA DE COMUNEROS 42 Niños

Teniendo en cuenta que en el Municipio de Montenegro se ha logrado identificar el importante número de hogares con presencia de Adultos Mayores, así como menores al cuidado de los Abuelos por circunstancias como abandono de los padres, viajes al exterior, entre otros; es por ello que el Hospital San Vicente considero significativo apoyar a través del área de gerontología las diferentes Instituciones Educativas del Municipio, mediante el desarrollo de un proceso de sensibilización frente al proceso de envejecimiento y etapa de la vejez con los niños

de los grados primeros y segundos. Por lo tanto se enviaron cartas a las diferentes instituciones para dar a conocer dicha propuesta; en el momento de la entrega de dichos formatos se obtuvo una respuesta positiva y se acordó un horario para realizar dicha actividad con la población objeto.

OBJETIVO

Sensibilizar y educar a los niños de las diferentes instituciones educativas del Municipio de Montenegro frente al proceso de envejecimiento y etapa de la vejez.

METODOLOGIA

PRIMERO: Se desarrollaron actividades recreativas y lúdicas, con el fin de crear un ambiente participativo, de manera que facilitara la desinhibición de los participantes del grupo.

SEGUNDO: Se formularon las siguientes preguntas:

- ¿Cómo caminan los abuelos?

Rápidamente empezaron a imitar la forma como los abuelitos caminan, hablan, se ríen, otros.

- ¿A qué huelen los abuelitos?

Contestaron que ha guardado, a orines, a viejo, etc...

- ¿Cómo los tratan sus abuelos?

Inmediatamente contestaron que bien que los quieren y los cuidan

- ¿Juegan con los abuelitos?

Si, algunos respondido que a pelota, otros a la cocinita, con los collares, otros.

- ¿creen que sus abuelos corrieron y jugaron?

Si, pero ya no lo pueden hacer por que sus huesos son débiles.

Las respuestas que los niños proporcionaron, permitieron iniciar la sensibilización frente al proceso de envejecimiento, ya que los niños iban nombrado solitos los cambios que se van presentado a medida que pasa los años; durante la actividad también se leyeron dos cuentos relacionados con el tema, estos se llaman la abuela de arriba y la abuela de abajo, y el otro tiene como titulo en casa de los abuelos.

Por ultimo se realizo una actividad manual, la cual consistía en plasmar una mano en una hoja de block que decía **ABUELITO TE REGALO MI MANITO**, de esta manera se dio por terminada la actividad.

**ANEXOS FOTOGRAFICOS DE LA INTERVENCION EN LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO**

COLEGIO GENERAL SANTANDER



FIGURA N° 17 Estudiantes de 2-A



FIGURA N° 18 -19 Estudiantes de 2-B



FIGURA N° 20 Estudiantes de 2-C

CENTRO EDUCATIVO RAFAEL URIBE URIBE



FIGURA N° 21 Estudiantes de 1-A



FIGURA N° 22 Estudiantes de 2-C



FIGURA N° 23 Estudiantes de 2-D

CENTRO EDUCATIVO NUESTRA SEÑORA DE LA SOLEDAD



FIGURA N° 24 Estudiantes de 2-A

CENTRO EDUCATIVO FRANCISCO JOSE DE CALDAS



FIGURA N° 25 Estudiantes de 1-A



FIGURA N° 26 Estudiantes de 2-B



FIGURA N° 27 Estudiantes de 2-A

2ª SENSIBILIZACIÓN FRENTE AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS DEL BARRIO COMUNEROS

OBJETIVO: Sensibilizar y educar a los niños del Barrio Comuneros frente al proceso de envejecimiento y etapa de la vejez

METODOLOGIA

Esta actividad se desarrollo de la misma manera que en las Instituciones Educativas, para finalizar se realizo una manualidad en origamy, la cual se denomino gruya, también se les pidió que plasmaran sus manos en un cartel.



FIGURA N° 28



FIGURA N° 29



FIGURA N° 30



FIGURA N° 31

FIGURAS N° 28, 29, 30 Y 31 Sensibilización frente al proceso de envejecimiento con los niños y las niñas del barrio comunero y elaboración de una gruya en origamy



**POBLACIÓN INFANTIL SENSIBILIZADA
BARRIO COMUNEROS**

3ª SENSIBILIZACIÓN FRENTE AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 4º Y 5º GRADO

INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN EL 2007

- ❖ Nuestra Señora de la Soledad (80 niños)
- ❖ Santa María Goretti (110 niños)
- ❖ General Santander (120 niños)
- ❖ Los Fundadores (140 niños) **TOTAL: 450 NIÑOS**

1 TEMA: “FACILITO LA CONVIVENCIA CON MI ABUELO”

OBJETIVO

- Enseñar a los niños a respetar y a convivir con sus abuelos, de manera que comprendan que aunque sus huesos se hayan vuelto frágiles, ellos son lo más valioso de la familia.

METODOLOGIA

El taller se llevo a cabo de la siguiente manera:

1. Se leyó una reflexión llamada “**CARTA DE AMOR DE UN VIEJO**”
2. Luego se les explico porque **son el tesoro del hogar**, Los abuelos y los adultos mayores son el tesoro más grande que tiene un hogar.
3. Se compartió con cada niño las acciones que favorecen la convivencia con los adultos mayores:

- Tener en cuenta que al igual que con los derechos de los niños, los ancianos y ancianas prevalecen sobre los demás.
- Entender que los adultos mayores necesitan nuestra ayuda y colaboración, pero según sus requerimientos y no según nuestro parecer.
- Respetar su sueño y sus espacios de descanso y diversión.
- Darles el primer lugar en las filas, vehículos, espectáculos públicos y similares.
- Escucharlos pacientemente y permitirles la explicación y defensa de sus opiniones.
- Entender sus conceptos y consejos, pues son el fruto de haber avanzado por un camino que nosotros aun no hemos recorrido.
- Estar muy pendientes de sus necesidades y requerimientos de salud y medicamentos.
- Esforzarnos por incluirlos en el mayor número de actividades que nos sea posible.
- Tener presente que un día tendremos su edad.
- Brindarles todo el respeto, las consideraciones y el afecto que quisiéramos que los demás les dieran a nuestros padres o abuelos.
- Oír sus historias. Lo que para nosotros es una anécdota repetida, para ellos es la historia de su vida.
- Permitirles ejercer su autonomía en materia de salud, incluido el derecho a morir con dignidad, aceptando o rechazando tratamientos encaminados únicamente a prolongarles la vida.

4. Se hizo referencia en las acciones que perjudica la convivencia con los adultos mayores

- Considerar que los ancianos son un estorbo de la cual debemos deshacernos lo más pronto posible.
- Considerar que la ancianidad es una enfermedad.
- No aceptar opiniones, consejos ni reclamos de nuestros adultos mayores.
- Pensar que no amerita incluirlos en ciertas actividades porque no son capaces de aprovecharlas.
- Relegarlos al último rincón de nuestras reuniones familiares.
- Avergonzarnos de ellos y proceder de conformidad con tal posición.
- Trabajar en instituciones dedicadas al cuidado de los sin tener la vocación para ello.
- Sustener conversaciones en presencia de ellos y hacer de cuenta que no existen o no comprenden nuestros comentarios.
- Llevarles la contraria para divertirnos a costa de su enojo.
- Imponer nuestra voluntad sin atender en absoluto sus opiniones.
- Regañarlos porque no oyen bien o no reaccionan con la rapidez con que hacemos nosotros.
- Aprovecharnos de su edad para engañarlos o para quitarles sus pertenencias.
- Utilizar su dinero para nuestro beneficio y no satisfacerles todas sus necesidades.
- Ridiculizarlos en público o en privado.

- Hablar, en su presencia de sus defectos y de lo incómodos que pueden resultarnos sus achaques.
- Referirnos a sus logros anteriores y lamentar su estado actual.
- Hacer comentarios sobre su delicado estado de salud, delante de ellos, sin pensar en lo irrespetuoso y cruel de nuestro comportamiento.
- No expresarles el cariño y la gratitud que se merecen.

ANEXOS FOTOGRAFICOS

INSTITUCION EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LA SOLEDAD



FIGURAS Nº 32-33 Sensibilización frente al proceso de envejecimiento con las niñas de 4º primaria “Facilito la convivencia con mi abuelo”



FIGURA Nº 34 Elaboración de Manualidad

4ª SENSIBILIZACIÓN FRENTE AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON LOS NIÑOS DE LOS BARIOS SANTA ELENA Y BALASTRERA (SECTOR 11)

Santa Elena y Balastrea son de los barrios más deprimidos y con más problemas sociales (drogadicción, prostitución, venta de estupefacientes, maltrato infantil, violaciones, viviendas inadecuadas (cambuches), entre otros) que hay en el Municipio; están ubicados en la salida de Montenegro para Quimbaya, razón por la cual se trata de realizar la intervención en compañía de más profesionales.

OBJETIVO

- Sensibilizar a la población infantil frente al proceso de envejecimiento y etapa de la vejez, ya que una de las problemáticas en el sector es que muchos niños no se llevan bien con sus abuelos o adultos Mayores del lugar.

DESARROLLO

La actividad en este sector consistió en lo siguiente:

1. Se realizó una dinámica de presentación llamada “palo palito palo”, cada niño debía tomarse de la mano y cantar, y el que nombrara la vocal U debía presentarse y decir con quien vivía.
2. Luego se inició el taller de sensibilización por medio de las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo caminan los abuelos?

Rápidamente empezaron a imitar la forma como los abuelitos caminan, hablan, se ríen, otros.

- ¿A que huelen los abuelitos?

Contestaron que a “guardado, a orines, a viejo”, etc...

- ¿Cómo los tratan sus abuelos?

Inmediatamente contestaron que bien que los quieren y los cuidan

- ¿Ustedes Juegan con los abuelitos?

Algunos respondido que “si que jugaban pelota, otros a la cocinita, con los collares, otros contestaron que no que porque trabajaban y les tocaba permanecer solos en la casa”.

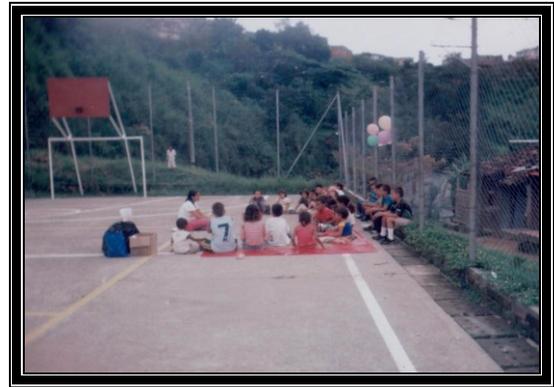
- ¿creen que sus abuelos corrieron y jugaron?

“Si, pero ya no lo pueden hacer por que sus huesos son débiles y mantienen enfermos”.

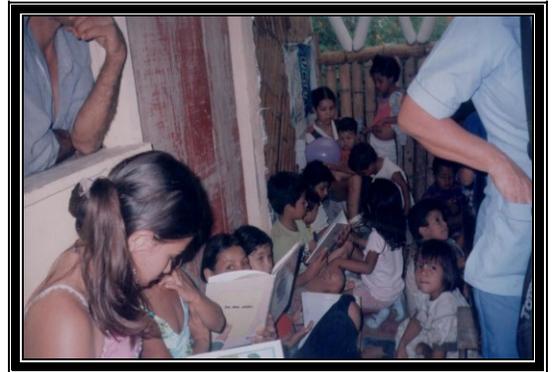
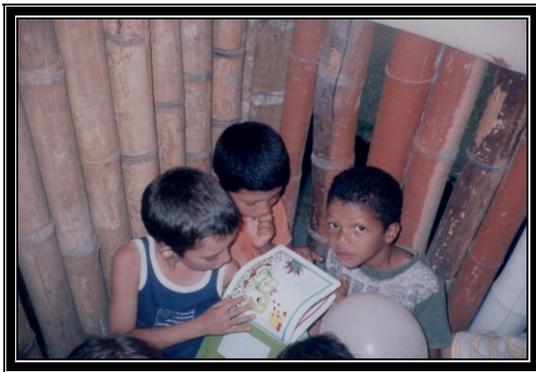
3. Después de escuchar las respuestas de los niños, se explico de una manera muy lúdica los cambios que presentado el ser humano durante el ciclo vital, además se aclararon términos erróneos que tenían los niños sobre el envejecimiento y la etapa de la vejez.
4. Luego se formaron grupos y se les entrego algunos cuentos relacionados con el tema, los cuales al terminar la lectura nos permitió socializar y discutir sobre los abuelitos y como ellos también llegarían a ser viejos.
5. En seguida un funcionario de la CRQ les comento sobre la importancia de cuidar los árboles, la fauna y el río, además de una manera simbólica sembró junto con los niños un árbol de aguacate.

1. Para finalizar la actividad se realizo un juego llamado “jugo de naranja-jugo de limón”, se repartió confites, críspelas y a cada niño se le se obsequio un par de medias.

ANEXOS FOTOGRAFICOS



FIGURAS N° 35-36 Sensibilización frente al proceso de envejecimiento con los niños de los Barrios La Balastrea y Santa Elena



FIGURAS N° 37-38 Club de lectura



FIGURAS N° 39-40 Actividad Recreativa

4. 2 AREA DEPORTIVA

POBLACIÓN BENEFICIADA

Centro Día “Atardecer Montenegrino” (60 personas)

Grupos de Adulto Mayor (160 personas)

4. 2. 1 ACTIVIDAD FÍSICA

OBJETIVO

Incentivar a las personas mayores de 45 años para que realicen actividad física moderada con regularidad, señalando los beneficios físicos, psicológicos y sociales que trae al individuo que la realiza.

DESARROLLO

La actividad física en los grupos y en los comedores se realiza dos veces a la semana con una duración de 40 a 45 minutos, los cuales se practican de la siguiente manera 10 minutos de estiramiento, 25 minutos de Ejercicio central (Calentamiento) y 10 minutos de fase de recuperación.

(ENFOQUE PREVENTIVO DE LA ACTIVIDAD)

Es un elemento importante que mejora la salud y la calidad vida, aportando una serie de beneficios físicos, socio-afectivos, y laborales, aunque si se realiza actividad sin control, con técnicas defectuosas, posiciones inadecuadas, sobrepasando los límites, etc., podríamos causar serios daños y lesiones en nuestro organismo.

**PROGRAMA JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA
COMEDOR DE BOMBEROS**



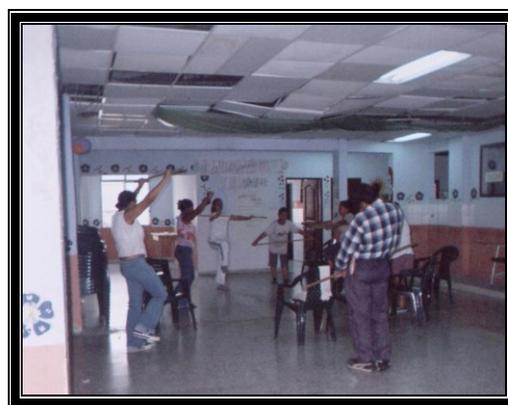
FIGURAS N° 41-42 Actividad física con los Adultos Mayores del comedor de Bomberos

GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA JULIA



FIGURAS N° 43-44 Actividad física con los Adultos Mayores del Barrio La Julia

GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA PISTA



FIGURAS Nº 45-46 Actividad física con los Adultos Mayores de La Pista

GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE BALASTRERA



FIGURA Nº 47 Actividad física con los Adultos Mayores de La Balastrera

GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LOS ROBLES



FIGURAS Nº 48-49 Actividad física con los Adultos Mayores del Barrio Los Robles

4. 2. 2 EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

OBJETIVO

- Dar conocer a las personas como la relajación es una forma sencilla de reducir los niveles de estrés y tensión emocional.

DESARROLLO

Para iniciar dichos ejercicios **PRIMERO** fue necesario aclarar algunos términos, LUEGO se procedió a realizar los ejercicios de relajación, para lo cual se utilizo:

- Colchonetas
- Música ambiental de fondo
- Reflexión

LUEGO cada uno de los participantes se puso en posición de cúbito supino (Boca arriba), se pidió que cerraran los ojos y descargaran cada parte del cuerpo. Después se inicio la lectura de la reflexión y se les ordenó que visualizaran un paisaje donde respiraban aire fresco, puro, el cual rozaba sus cuerpos y los hacia sentir relajados y descasados; de esta manera se dirigió la visualización y el ejercicio de relajación, durante el ejercicio también se realizan series de respiración y para finalizar se pidió a cada participante que moviera y estirara suavemente cada una de las partes de su cuerpo.

(ENFOQUE PREVENTIVO DE LA ACTIVIDAD)

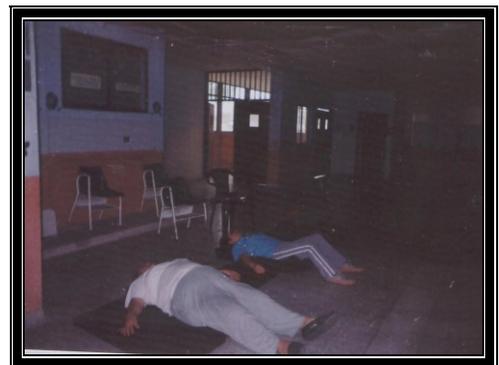
La relajación es una técnica que permite al individuo

- Separarse de ciertas actividades que someten al cuerpo a un excesivo estrés.

- Obtener una disposición anímica positiva y una sensación de bienestar
- Reducir las tensiones musculares.
- Entrenar los músculos del cuerpo para evitar tensiones ocultas.
- Enseñar a los individuos a reconocer ligeras tensiones de la vida diaria de manera que puedan afrontarlas.
- Controlar los síntomas físicos de la enfermedad, es decir, si uno piensa que se siente bien, se encuentra mejor.
- Permiten reafirmarse en sentimientos y combatir el estrés.



FIGURAS N° 50-51 Ejercicios de relajación con los Adultos Mayores del Centro Día “Atardecer Montenegrino”



FIGURAS N° 52-53 Ejercicios de relajación con los Adultos Mayores del Barrio La Pista

4. 2. 3 CAMINATA (VEREDA EL CASTILLO)

Esta actividad se realizo con 15 Adultos Mayores del barrio la julia.

OBJETIVO

- Crear un espacio de esparcimiento e integración entre el grupo.

DESARROLLO

Esta actividad deportiva se llevo a cabo en horas de la mañana, la salida fue a las 9:45 AM y la llegada a las 12:20 PM, el recorrido se hizo desde la capilla del Barrio La Julia vía a Pueblo Tapao hasta la Vereda el castillo; a las 10:30 AM se hizo una primera estación en el puesto de policía de Baraya con el fin de que cada adulto mayor tomara un descanso y se hidratara, pasados 10 minutos se continuo la caminata hasta la vereda El Castillo, allí se hizo otra estación, la cual se aprovecho para leer una reflexión, compartir algunas experiencias individuales y un refrigerio, esto permitió disfrutar de un momento agradable y de integración; pasados 20 minutos retornamos a Montenegro sin tener ningún tipo de contratiempo.

4. 3 ÁREA LÚDICA Y RECREATIVA

4. 3. 1 BINGO

OBJETIVO

- Permitir la desinhibición y el desbloqueo de las tensiones del grupo y promover la participación activa de cada uno de los integrantes del grupo.

DESARROLLO

El bingo en el grupo se juega de la siguiente manera se realizan dos o tres rondas y ganan los que llenen la tabla en su totalidad, se llevan como premio el numero de huevos recogidos, ya que el requisito para jugar es llevar un huevo para poder premiar el ganador.

El Bingo es un Juego de azar en el que participan simultáneamente varias personas y que se juega con una serie de cartones numerados y unas fichas. El objetivo del juego es cubrir con fichas una línea de números antes que otro jugador. En la modalidad básica (pues existen variantes), cada jugador recibe una cantidad de fichas y un cartón con cinco hileras horizontales que contienen alrededor de 25 números, del 1 al 99. Cada cartón presenta una secuencia numérica diferente. Los jugadores pagan sus cartones y en algunas modalidades de este juego se permite comprar más de un cartón.

PARA QUE SIRVE (ENFOQUE PREVENTIVO)

Propicia un ambiente agradable, participativo y de comunicación entre los miembros del grupo, además es una **RECREACION ACTIVA** donde las personas **participan** de manera consiente y donde es autora de la actividad. Este tipo de Recreación no necesariamente implica movimiento físico.

BINGO



FIGURAS Nº 54-55 GRUPO DEL BARRIO LA JULIA JUGANDO BINGO



FIGURA Nº 56 GRUPO DEL COMEDOR DE BOMBEROS JUGANDO BINGO



FIGURAS Nº 57-58 GRUPO DEL BARRIO LOS ROBLES JUGANDO BINGO

3. 3. 2 DINÁMICAS DE INTEGRACIÓN

Este tipo de actividades son tan importantes para la ambientación del grupo que se han realizado en cada una de las actividades educativas, recreativas y culturales que se han programado en los diferentes grupos de Adultos Mayores, comedores y población infantil.

- **DINAMICAS DE GRUPO**: Son técnicas que utiliza el grupo como uno de los medios útiles en el proceso de comunicación, crecimiento y maduración de sus integrantes.

(ENFOQUE PREVENTIVO DE LAS ACTIVIDADES)

DINAMICA DE PRESENTACION:

- Ayuda a los participantes a romper tensiones de primer momento.
- Permite que todos sean tomados en cuenta.
- Favorecen un primer conocimiento de las personas.

Durante el desarrollo de las actividades culturales se realizó una dinámica de presentación la cual consistía en formar grupos de cinco niños y cinco abuelos y formularse preguntas como el nombre, donde vive, cuantos años tiene y donde estudian; Luego se les pidió a dos integrantes de cada grupo que presentara a sus compañeros.

DINAMICA DE CONOCIMIENTO:

- Ayudan a profundizar las primeras relaciones de amistad.
- Descubren la capacidad que tiene cada integrante para confiar en los demás y en sus posibilidades.

- Ayudan a crear un clima de confianza y de participación en el grupo.

DINAMICA DE INTEGRACION:

- Permite desarrollar acciones de más confianza y trabajo grupal.
- Estimula habilidades de liderazgo, creatividad y comunicación.

4. 3. 3 MANUALIDADES

MANUALIDAD (*FLOR EN FOMI*)

OBJETIVO

- Fortalecer, mejorar y estimular la creatividad, la destreza y la motricidad del Adulto Mayor mediante el desarrollo manual de la flor.

DESARROLLO

Para el desarrollo de esta manualidad se necesitaron los siguientes materiales:

- 2 pliegos de fomi
- Pegante Bóxer
- Palos chuzo
- Marcadores
- Tijeras
- Pintura

LUEGO se procedió a crear la flor para lo cual fue necesario seguir los siguientes pasos:

1. Se pintaron los palos de chuzo con pintura verde, con el fin de dar una apariencia de tallo.
2. Cada Adulto Mayor calco sobre el fomi el molde la flor y las hojas, y luego las recorto.
3. Después de estar recortadas las flores y las hojas cada uno inicio con el marcador la decoración de las partes.
4. Por ultimo cada uno inicio el pegado de las partes en el tallo hasta quedar formada la flor.

PARA QUE SIRVE (ENFOQUE PREVENTIVO)

- Desarrollar la creatividad
- Ocupar el tiempo libre
- Mejorar las destrezas manuales.
- Permite conocer en estado de la motricidad.
- Estimular las manifestaciones artísticas de los adultos mayores

MANUALIDAD (BOLSA DE REGALO- MATERO EN FOMI)

OBJETIVO

- Fortalecer, estimular y mejorar la destreza psicomotriz y la creatividad del adulto mayor mediante el desarrollo de las actividades manuales.

DESARROLLO

En los siguientes cuadros veremos especificado como se elaboraron las manualidades “*Bolsa de regalo*” y “*Matero en fomi*”.

TABLA N° 2 Descripción de las manualidades desarrolladas en los grupos

ACTIVIDAD	DURACIÓN	MATERIALES	DESARROLLO	BENEFICIADOS
BOLSA DE REGALO	Hora y Media	<ul style="list-style-type: none"> • Papel craf • Colbón • Cartulina • Escarcha • Papel seda • Papel degrade • Tijeras 	<p>Elaboración de la bolsa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. se corto el pliego de papel craf en ocho partes. 2. Se tomo el papel en forma de rectángulo y se pego de los lados, luego se hizo un doblado en la parte inferior y se pego hasta formar la bolsa. 3. luego se decoro con el papel seda, el papel degrade y la escarcha. 	<p>28 Adultos Mayores del Barrio La Julia</p> <p>15 Adultos Mayores del Barrio Los Robles</p>
ACTIVIDAD	DURACIÓN	MATERIALES	DESARROLLO	BENEFICIADOS
MATERO EN FOMI	Hora y Media	<ul style="list-style-type: none"> • Fomi • Colbón • Cartulina • Vinilos • Tiza • Bóxer • Tijeras • Lápiz 	<p>Elaboración del matero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. se hace un molde del matero y la flor en la cartulina y se calca en el fomi. 2. luego se recorta y se decora con la tiza y los vinilos. 3. se pega cada una de las partes hasta formar el matero. 4. se pega un cuadrito de papel degrade en forma de tarjeta. 	<p>28 Adultos Mayores del Barrio La Julia</p> <p>15 Adultos Mayores del Barrio Los Robles</p>

PARA QUE SIRVE (ENFOQUE PREVENTIVO)

- Estimula la creatividad de los Adultos Mayores
- Permite ocupar el tiempo libre
- Mejorar las destrezas psicomotoras
- Estimular las manifestaciones artísticas de los adultos mayores



FIGURA N° 59 Elaboración de la bolsa de regalo grupo de la JULIA (MANUALIDAD)



FIGURAS Nº 60 Elaboración del matero en fomi grupo de la julia y los robles
(MANUALIDAD)

3.4 ACTIVIDADES CULTURALES

Las tres actividades lúdico-culturales que se realizaron durante este semestre con los Abuelos y los nietos están relacionadas directamente con la propuesta de apoyo a la familia del Adulto Mayor, ya que el vinculo afectivo es vital en la vida de los niños y vital en la vida de los abuelos, así como en las conductas de apego, además uno de los propósitos de esta propuesta no solo es trabajar con los Adultos Mayores, sino con cada una de las generaciones de la familia, al mismo tiempo es necesario resaltar que una de las características mas notables en la población Adulta Mayor e infantil del Municipio, es que muchos abuelos están

encargados de la crianza y el cuidado de sus nietos. A continuación veremos una sustentación teórica fundamental para el desarrollo de estas actividades.

4.1 ENCUENTROS INTERGERENERACIONALES (ABUELOS-NIETOS)

OBJETIVO: Fortalecer los lazos afectivos entre los abuelos y sus nietos, y fomentar la participación e Integración de ambos grupos generacionales.

1 ° ENCUENTRO INTERGENERACIONAL (CELEBRACION HALLOWEN)

OBJETIVO: Promover la Integración y la participación de los dos grupos generacionales, mediante el desarrollo de actividades de tipo recreativo y cultural.

METODOLOGIA

Esta actividad se desarrollo de la siguiente manera:

1. presentación
2. desfile y premiación del mejor disfraz
3. intervención de AIKIDO
4. presentación por parte del equipo de teatro
5. premiación del mejor dibujo.



2ª INTEGRACIÓN RECREATIVA Y LUDICA ABUELOS-NIETOS (BALASTRERA Y SANTA ELENA)

OBJETIVO

Fortalecer los lazos afectivos entre los abuelos y sus nietos, y fomentar la participación e Integración de ambos grupos generacionales.

DESARROLLO

Para la realización de estas actividades es necesario resaltar que esta Integración es de tipo recreativo y lúdico, durante la actividad se ejecutaron algunas rondas, juegos y dinámicas, además se trabajó un collage, el cual consistía en que cada niño debía pintar una mananita en una hoja de block, con el fin de obsequiarla a sus abuelos.



**3ª INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y LUDICA
CON ABUELOS-NIETOS
(CENTRO DÍA ATARDECER MONTENEGRINO)**

OBJETIVO

- Fortalecer los lazos afectivos entre los abuelos y sus nietos
- Fomentar la participación e Integración de ambos grupos generacionales.

DESARROLLO

La actividad de Integración lúdico – cultural se desarrollo de la siguiente manera:

2. Se realizaron 20 minutos de actividad física donde los niños también participaron.
3. Se ejecuto una dinámica de Integración llamada la negra carlota en la cual participaron los abuelos y los nietos.
4. Se dicto una charla educativa en salud con el lema “**vivir saludable**”, esta tenia como fin dar a conocer los estilos de vida saludable que debe adquirir una persona desde edades tempranas si quiere conservar un buen estado de salud.
5. Se realizaron dos dinámicas de competencia, las cuales consistieron en lo siguiente: en una se escogieron dos parejas (abuelo-nieto), a cada pareja se les entrego un huevo y una cuchara, luego los niños se pararon en una

esquina y los abuelos en la otra; a la cuenta de tres cada niño debía desplazarse con la cuchara y el huevo en la boca hasta donde su abuelo, allí cada niño hacia la entrega al abuelo de la cuchara y el huevo e inmediatamente el abuelo debía desplazarse al lugar donde esta el niño; la pareja que lo hiciera en menor tiempo era la ganadora. La otra dinámica se realizo solamente con los niños y consistió en lo siguiente, se hizo un circulo con sillas donde cada niño debía estar sentado, en el momento que sonaba la música todos debían pararse y girar alrededor del circulo, mientras eso pasaba el director de la dinámica sacaba una silla y se bajaba el volumen a la música, entonces todos debían sentarse nuevamente y el que se quedara de pie era el perdedor y debía pagar una penitencia (bailar, cantar, recitar, llorar, etc..)

6. Para finalizar se hizo un club de lectura donde se agruparon de 10 personas (abuelos-niños) a leer el cuento que se les asigno y en el momento en que todos terminaron se hizo la socialización de lo leído.

NOTA: Para clausurar la actividad se rifo una regalo entre los abuelos, repartieron confites y se entregaron medias a todos los niños y a los abuelos que participaron en la actividad.

ANEXOS FOTOGRAFICOS
3ª INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y LUDICA
CON ABUELOS-NIETOS
(CENTRO DÍA ATARDECER MONTENEGRINO)



4^a INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y LUDICA ABUELOS-NIETOS (GRUPO DE ADULTOS MAYORES LA JULIA)

OBJETIVOS

- Fortalecer los lazos afectivos entre los abuelos y sus nietos
- Fomentar la participación e Integración de ambos grupos generacionales mediante la participación en actividades lúdicas, educativas y culturales

DESARROLLO

La actividad de Integración lúdico – cultural se desarrollo de la siguiente manera:

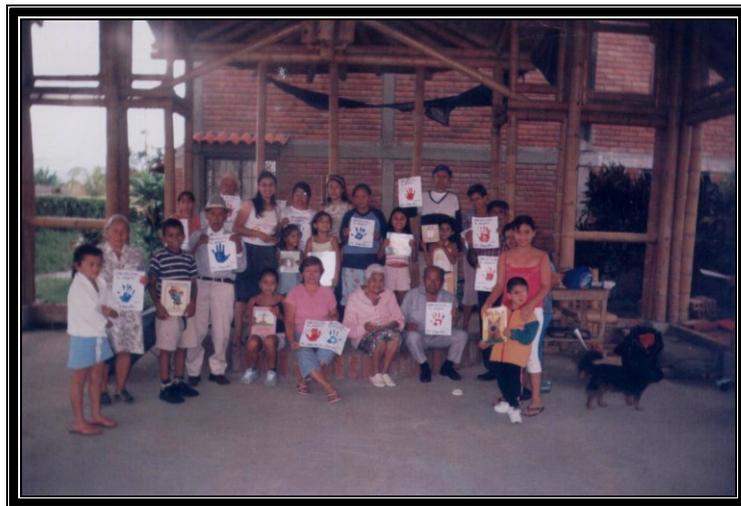
7. Se realizaron 25 minutos de actividad física donde los niños también participaron, esta se realizo de la siguiente manera **primero** se inicio con una caminata por el Barrio, **Luego** se hizo una estación en la cancha del barrio y se realizaron unos ejercicios junto con los niños, al terminar la actividad física nos desplazamos nuevamente a la capilla.
8. Se ejecuto una dinámica de Integración llamada tingo-tango en la cual participaron los abuelos y los nietos, dicha dinámica consistió en los siguiente se formo un circulo con todos los asistentes y se empezó a pasar una pelota mientras el director de la dinámica decía tingo, tingo, tingo, en el momento que el director decía tango el que quedara con la pelota en la mano debía cumplir

una penitencia dentro de las cuales estaba bailar, cantar, declamar, hacer los números con la cola, llorar, entre otras penitencias que se pusieron.

9. Luego se realizó un taller llamado “**¿Me quieres?**”, el cual consistía en que cada participante debía conseguir una flor, se ubicaban por parejas (abuelo-nieto) uno de ellos debía iniciar diciéndole vamos a ver si “me quieres”, entonces tomaba la flor y empezaba a desprender los pétalos a medida que lo hacía, debía decir, me quieres, no me quieres, me quieres, no me quieres, hasta deshojar la flor, en el momento que quitaba el último pétalo la última frase que dijera el participante era lo que sentía por su compañero. Después se les pidió que se abrazaran fuerte por tres minutos.

Por medio de este ejercicio se quería sensibilizar a las dos generaciones de la importancia de brindar afecto no solo en fechas especiales o de vez en cuando, sino en todo momento, porque todos aquellos que están a nuestro alrededor esperan que se expresen palabras de amor, sentimientos transparentes, palabras tiernas, y no esperar que se nos pregunte “**¿me quieres?**” Para poder manifestar todo lo que sentimos.

**4^a INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y LUDICA
ABUELOS-NIETOS
(GRUPO DE ADULTOS MAYORES LA JULIA)**



TALLER CULTURAL PARA ABUELOS Y NIETOS

(La voz de la memoria)

Este taller se realizó con los adultos mayores del centro día y sus nietos, para su desarrollo fue necesario basarse en la cartilla de apoyo pedagógico llamada la voz de la memoria³³, la cual relata de manera muy clara algunas experiencias de abuelos que comparten toda sus vivencias pasadas con sus nietos.

OBJETIVO: Conocer, y compartir con los nietos algunas experiencias culturales vividas por los Adultos Mayores a través de los años.

METODOLOGIA

Este taller se desarrollo de la siguiente manera:

1. Se realizó una dinámica de presentación la cual consistía en formar grupos de cinco niños y formularse preguntas como el nombre, donde vive, cuantos años tiene y donde estudia; Luego se les pidió a dos integrantes de cada grupo que presentara a sus compañeros.

2. Después se realizó una dinámica de Integración llamada palo palito palo, la cual consistía en poner las manos de los participantes una por encima de la otra y se va pasando una palmada mientras se canta palo palito palo, palo palito azul, palo palito palo que no sabe ni la u, a, e, i, o, (u), la persona no puede dejarse

³³ LA VOZ DE LA MEMORIA Cartilla de apoyo pedagógico para el encuentro de abuelos, abuelas, niñas y niños. Olga Mercedes Pineda COORDINADORA PROGRAMA TERCERA EDAD

pegar en el momento de decir u, pues el dejarse pegar es un motivo para poner penitencia.

Teniendo en cuenta que el objetivo de la actividad era que los Abuelos compartieran sus experiencias y que sus nietos las conocieran, se trabajo por medio de títeres, ¿como se desarrollo?, primero “pepe” el perrito de Anita hizo una breve presentación al grupo y le dio paso al dialogo de Anita con su mamá, mediante el cual le decía a su madre que la abuela carlota le había contado que a ella le toco pilar el maíz en una piedra, que lavo los platos con ceniza y que cuando estudiaba le toco escribir en pizarras; mientras Anita le contaba a su mamá, aprovechaba y le preguntaba a los abuelos si habían vivido lo mismo, después se daba paso a los comentarios de los niños; de esta manera los Adultos Mayores apoyaban lo que se contaba y agregaban otras experiencias

TALLER CULTURAL PARA ABUELOS Y NIETOS
(La voz de la memoria)
“CENTRO DIA ATARDECER MONTENEGRINO”





**TALLER
ABUELOS-NIETOS
CENTRO DIA ATARDECER MONTENEGRINO**

4. 2 CLUBES DE LECTURA

CLUB DE LECTURA N° 1 ABUELOS-NIETOS (Barrio La Julia)

OBJETIVO

- Buscar que los abuelos y los nietos se integren mediante la participación en actividades lúdico-educativas.
- Fortalecer los lazos afectivos entre los abuelos y sus nietos.

METODOLOGIA

Esta actividad se llevo a cabo de la siguiente manera:

1. Se realizo 20 minutos de actividad física con lo abuelos y los niños.
2. Se jugo con los abuelos y los niños la ronda la negra carlota.
3. Haber realizado la actividad física con los niños permitió explicar lo siguiente: la importancia del grupo, porque los abuelos asisten al grupo, que actividades se realizan y porque desde niños deben adoptar estilos de vida saludables.
4. Después de haber explicado los puntos antes mencionados cada abuelo se sentó con sus nietos y por unánime decisión escogieron un libro y lo leyeron.
5. Pasados 20 minutos de lectura cada pareja (Abuelo-Nieto) salio al frente explico de que se trato el libro (cuentos, fabula, historia) y dieron a conocer la enseñanza que les dejo.
6. Cada niño plasmo su mano en una hoja a manera de collage, la cual decía "Abuelito (a) te regalo manito", este fue el detalle que cada niño obsequio a su abuelo.
7. para finalizar la actividad se repartieron confites y se obsequio a cada abuelo y niño medias.

CLUB DE LECTURA N° 2
ABUELOS-NIETOS
(BIBLIOTECA CASA DE LA CULTURA)

OBJETIVO

- Buscar que los abuelos y los nietos se integren mediante la participación en actividades lúdico-educativas.
- Fortalecer los lazos afectivos entre los abuelos y sus nietos.

METODOLOGIA

Esta actividad se llevo a cabo de la siguiente manera:

1. Se hizo la presentación del programa y se dio la bienvenida.
2. Se realizo una dinámica de integración, llamada “para pa -pa – para pi-pi”
3. Después de haber realizado la actividad antes mencionada cada abuelo se sentó con su nieto y por unánime decisión escogieron un libro.
4. Luego se explico que cada pareja o grupo debía leer el libro, sacar una enseñanza y socializarla al final con el resto del grupo.
5. Pasados 20 minutos de lectura cada pareja (Abuelo-Nieto) salió al frente explico de que se trato el libro (cuentos, fabula, historia) y dieron a conocer la enseñanza que les dejo.

ANEXOS FOTOGRAFICOS

CLUB DE LECTURA ABUELOS-NIETOS CASA DE LA CULTURA



TALLER RECORDAR ES VIVIR

OBJETIVO

- Reconstruir sucesos o hechos trascendentales de los Adultos Mayores, de manera que al recordarlos puedan volver a vivirlos.

METODOLOGIA

A continuación veremos señalados cada uno de los pasos que se llevaron a cabo en el taller:

1. Se pidió a cada uno de los Adultos Mayores que llevaran una foto que les recordara algún acontecimiento o persona.
2. Cada persona empezó a contar que le recordaba la foto y lo importante que era conservarla, de esta manera se obtuvieron los siguientes recuerdos, los cuales están escritos con los términos de las personas:
 - “...Esta foto me hace recordar a mi madre, porque fue una mujer excelente, muy buena madre, esposa y amiga, esta foto la cuido mucho y la conservo porque es el único recuerdo fotográfico que tengo de ella...” (Doña Marleny al recordar a su madre se puso muy sensible al punto que soltó en llanto)
 - “...Esta foto es muy importante para mi porque con ella recuerdo cuando quede embarazada pero yo no sabia, un día me tome unas pastas y me intoxique, sufrí mucho porque los médicos redijeron que la niña podía nacer con problemas, pero la encomendé a Dios y cuando nació le di gracias porque nació súper bien y vea en esta foto tiene un día de nacida y se ve como esta de bien...”

- Oros recordaron la primera comunión, reuniones familiares, grados, familiares, épocas de trabajo, etc....

Al finalizar la exposición de cada foto se menciona como el “Recordar” es “Volver al Corazón”, el recuerdo no solo encierra datos del pasado sino múltiples vínculos emocionales, valorativos y relacionales con dicho pasado, con el presente y con los demás.

MAÑANA DE CINE (PROYECCIÓN DE PELÍCULA EN EL COMEDOR DE BOMBEROS)

Esta actividad se realizó con los Adultos Mayores que pertenecen al Programa de Alimentación Nacional Juan Luís Londoño de la Cuesta, este comedor funciona en la sede de Bomberos Fundadores, ubicado en el Barrio Ramírez Franco sector 2.

OBJETIVO

- Estimular la percepción visual, de manera que los viejos expresen ideas y críticas acerca de la película.

DESARROLLO

Se seleccionó una película según el gusto de los Adultos Mayores, los cuales votaron por una de Cantinflas; durante la proyección se les hacía preguntas de lo que estaba pasando para saber si estaban prestando atención a lo que estaban viendo, algunos acertaban con sus respuestas en cambio otros parecían que no

estaban viendo nada, otros con mucha propiedad y seguridad respondían y criticaban según la situación que estaban observando.

PARA QUE SIRVE (ENFOQUE PREVENTIVO)

Es necesario resaltar que este tipo de actividades permiten no solo estimular la percepción en el adulto mayor, sino que también facilita un ambiente de participación, Integración y comunicación entre el grupo.

CELEBRACIÓN DÍA DE LA MADRE

OBJETIVO

- Fomentar la participación y la Integración del grupo por medio de la celebración de esta fecha.

DESARROLLO

Esta actividad se llevo a cabo de la siguiente manera:

1. Se realizo una dinámica de integración, lo cual proporciono un ambiente de participación y sano esparcimiento.
2. Se recitó un poema para las madres, a cargo de Felipe, nieto de Doña Gabriela.
3. Don Cesar Oscar junto con los caballeros del grupo toco unas melodías dedicadas a las madres.
4. Mientras se repartía la torta y la gaseosa se jugo tingo tango, muchos debieron cumplir penitencias como cantar, bailar, entre otras.

Para finalizar se repartieron unos pequeños obsequios y confites.



CELEBRACIÓN DÍA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE (COMPARSA MUNICIPAL)

OBJETIVO

- Sensibilizar a la población Montenegrina sobre la importancia de cuidar todos los recursos naturales que poseemos.

DESARROLLO

La actividad la organizo el Colegio Santa María Goretti y se llevo a cabo de la siguiente manera:

- Cada institución educativa diseño una comparsa referente al cuidado del medio ambiente en la cual también participo la banda marcial.
- Instituciones como Bomberos, Policía, Ejército, Hospital, Café Aseo, Centro Día, también se unieron a la actividad con el fin de transmitir un mensaje de reflexión en la población.

**CELEBRACIÓN DÍA MUNDIAL DEL NO FUMADOR
(SENSIBILIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y
GRUPOS DE ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO)**

OBJETIVO

- Concientizar a la población que el cigarrillo afecta no solamente al fumador sino también a las personas que están a su alrededor, y que no están interesadas en respirar aire contaminado, las cuales se denominan fumadores pasivos.

DESARROLLO

1. Se realizaron preguntas como:
¿Qué piensan de las personas que fuman?, ¿alguien de su casa fuma?, ¿le gustaría fumar?, ¿Es para usted bueno fumar?
2. Se proyectó un video llamado “ESPACIOS LIBRES DE HUMOS”, por medio del cual se explicaba las consecuencias negativas que trae consumir cigarrillo.
3. terminado el video y partiendo de las respuestas que dieron a las preguntas iniciales se les pregunto si desearían sufrir algunas de las enfermedades mencionadas en el video y en la charla.
4. para terminar se pidió a los asistentes que por favor escribieran unas palabras a algún fumador y las pegaran en el mural de la salud.





4. 5 ACTIVIDADES EXTRAS

3. 5. 1 TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

OBJETIVO

- Conocer el nivel de presión arterial de los Adultos Mayores y controlar a los ya hipertensos.

METODOLOGIA

Esta actividad se desarrollo por dos ocasiones con la colaboración de una auxiliar de enfermería, la cual fue la encargada de dicha labor, luego en otras dos ocasiones me encargue personalmente.

La actividad consistía en realizar las dos lecturas normales: la presión sistólica y la presión diastólica, las cuáles debían tener los siguientes valores normales 140 P. sistólica y 90 P. Diastólica.

Aprovechando el número de personas que asistieron a la jornada se les dicto una charla sobre hipertensión arterial, se brindaron algunas pautas de manejo y cuidado para los que ya sufren la enfermedad, igualmente se invito a los no

hipertensos a adquirir estilos de vida saludable que les permita prevenir la aparición de dicha patología.



REUNIONES SEMANALES CON LA TUTORA

OBJETIVO

- Conocer las actividades realizadas durante la semana y las dificultades que se han presentado durante el desarrollo de cada una de ellas, esto con el fin de buscar soluciones y plantear nuevas estrategias para la intervención en comunidad y para el trabajo en equipo.

4. 6 ACTIVIDADES DE APOYO

APOYO EN LA BRIGADA DE SALUD ÁREA RURAL (VEREDA EL CASTILLO)

OBJETIVOS

- Identificar las necesidades y los problemas actuales de los Adultos Mayores con miras a establecer prioridades, estrategias y objetivos de intervención.
- Educar no solo a los Adultos Mayores respecto a los estilos de vida saludable y enfermedades crónicas no transmisibles, sino también a sus familias.

- Facilitar el acceso a los servicios en salud que ofrece el hospital, ya que por la distancia entre la vereda y el pueblo las personas prefieren no asistir al médico.

METODOLOGIA

Las acciones que se realizan desde el área de Gerontología en las brigadas de salud en el área rural consisten en visitar a los Adultos Mayores que vivan en la vereda, al llegar a cada hogar se diligencia un formato de visita domiciliaria que consiste en recolectar datos de tipo socio-demográfico e información sobre el estado de salud de los Adultos Mayores, asimismo se da educación a la familia sobre la atención y cuidado que se debe tener con los ancianos enfermos o en situación de riesgo, y por último se invita a la familia a que accedan a los servicios en salud que ofrece el Hospital.

Pero teniendo en cuenta que en esta ocasión se unieron dos brigadas y las cinco pasantes tuvieron participación, se trabajó de la siguiente manera:

1. No se realizaron visitas domiciliarias porque las cinco veredas invitadas quedaban retiradas, entonces en dos buses recogían a las personas y las trasladaban hasta el punto donde estaban prestando todos los servicios en salud.
2. Se organizó un puesto de atención gerontológica, allí se realizó valoración individual y cuando había un número considerable se dictaba una charla sobre estilos de vida saludable; en el puesto estuvieron ubicadas las pasantes Angie Vanesa Lasso, Ana Milena Ríos y Diana Marcela Piraquive.
3. Teniendo en cuenta que las cinco pasantes no podían estar en el puesto y que todas las personas mayores de 45 años no se acercaban, las pasantes Leidy Johanna Colorado y Diana Catherine Silva se desplazaron a trabajar con las personas que estaban haciendo fila para acceder a otros servicios,

de esta manera se dictaron tres charla educativas en salud sobre estilos de vida saludable y se realizaron algunas intervenciones individuales.

Es necesario resaltar que en esta brigada se ofrecieron los siguientes servicios en salud:

- Atención Medica
- Citología
- Tamizaje Visual
- Despiojización
- Odontología - Higiene Oral
- Flúor y Placa
- Gerontología
- Terapia Respiratoria
- Fisioterapia
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Psicología

OTROS SERVICIOS POR PARTE DE LA ALCALDIA MUNICIPAL

- Cedulización
- Toma RH
- Peluquería
- Recreación infantil
- Sisben



APOYO ACTIVIDADES CENTRO DÍA “ATARDECER MONTENEGRINO”

OBJETIVO:

- Colaborar en el desarrollo de actividades deportivas con los Adultos Mayores del centro día.

DESARROLLO:

La participación de la pasante durante este mes fue dirigir la actividad física a los Adultos Mayores y acompañamiento recreativo en la celebración de cumpleaños.

- **ACTIVIDAD FÍSICA:** Dicha intervención tuvo una duración de 45 minutos, los ejercicios se desarrollan de la siguiente manera 10 minutos de estiramiento, 25 minutos Calentamiento y fase central, y por ultimo 10 minutos de fase de recuperación.

Es necesario resaltar que a los Adultos Mayores del Centro Día se les a educado y enseñado sobre los beneficios de la actividad física y tienen claro es un elemento importante que mejora la salud y la calidad vida, aportando una serie de beneficios físicos, socioafectivos, y laborales, aunque si se realiza actividad sin control, con técnicas defectuosas, posiciones inadecuadas, sobrepasando los limites, etc., podríamos causar serios daños y lesiones en nuestro organismo.

- **APOYO EN LA CELEBRACIÓN DE CUMPLEAÑOS:** Dicha actividad consistió en realizar dos dinámicas de grupo y apoyar la actividad general.
- **OTROS.**

3. 6. 3 II ENCUENTRO MUNICIPAL DE ADULTO MAYOR MONTENEGRO-QUINDÍO

Esta actividad se realizo el 25 de Mayo a las 2: 00 PM, en el Coliseo del Parque de la Familia, se contó con una asistencia de 400 personas.

OBJETIVOS

- Cumplir con la programación departamental que se realiza en cada Municipio.
- Seleccionar un grupo de Adultos Mayores de 60 años, con carné subsidiado y con habilidades lúdicas, manuales y culturales para competir en el Encuentro Departamental y Nacional.
- Concentrar un número considerable de Adultos Mayores perteneciente a los diferentes programas del Municipio, orientados por el área de gerontología del Hospital San Vicente y el subcomité del Adulto Mayor de la administración Municipal.

DESARROLLO

La actividad se llevo a cabo de la siguiente manera:

1. Se entono Himno Nacional.
2. Presentación a cargo de la Doctora Claudia Janet Ladino Gerontóloga contratista del Hospital San Vicente de Paúl y organizadora del evento.
3. Palabras de la Doctora Doris Barrios en representación de la Administración Municipal y la oficina de desarrollo social.
4. Rumba terapia a cargo de un recreacionista de cable unión de occidente (gestión por parte de la gerontóloga).
5. Intervención de un niño que entono tres canciones para los Adultos Mayores presentes.
6. Refrigerio
7. Intervención del grupo de danzas del Centro Día Amanecer Montenegrino.

8. Competencia de Parqués (juego de mesa).

9. Exposición de manualidades

NOTA: La competencia de Parqués deajo como resultado una finalista que viajara a competir en Armenia, y de las manualidades se escogió otra señora.



DESAFIÓ EN ACTIVIDAD FÍSICA (INDEPORTES)

Esta actividad se desarrollo el día 30 de Mayo en el Parque Central del Municipio de Montenegro, a las 2:00 PM y se contó con una asistencia de 100 personas, dicho programa estuvo organizado por INDEPORTES.

OBJETIVO

- Realizar por 45 minutos actividad física con los Adultos Mayores del Municipio simultáneamente con un grupo de adultos Mayores de Uruguay.

DESARROLLO

- Esta actividad duro 60 minutos, los cuales se repartieron de la siguiente manera; los primeros 5 minutos se hizo la presentación del programa y se inicio la actividad física por 45 minutos, los 10 minutos restantes fue el tiempo de recuperación donde se le repartió a los participantes bolsas con agua.



**ENCUENTRO LÚDICO-RECREATIVO CON LOS ADULTOS
MAYORES Y SUS FAMILIAS
(COLISEO PARQUE DE LA FAMILIA)**

OBJETIVO

- Incentivar la participación y la integración entre las familias y los adultos mayores.
- Promover la adquisición de habilidades cognoscitivas y físicas por medio del juego que ayudarán a mejorar la orientación, memorización y la concentración de los Adultos Mayores.

METODOLOGIA

Para su desarrollo se puede acompañar de instrumentos musicales, de palmoteo y de movimientos corporales.

La actividad lúdico-recreativa se desarrollo de la siguiente manera:

- se realizo la presentación del programa
- se ejecuto una dinámica de ambientación con la colaboración de una recreacionista de *INDEPORTES*
- Se dividió el número total de los asistentes en dos equipos, con el fin de que hicieran barra y seleccionaran los participantes de cada grupo.
- Después de tener los 18 competidores (abuelos, hijos adultos, nietos) de cada equipo se inicio el circuito de competencias, el cual funciono de la siguiente manera:
 - **PRIMERA ESTACIÓN:** Cada integrante debía pasar arrodillado por unos aros y el grupo que primero terminara obtenía punto.
 - **SEGUNDA ESTACIÓN:** Nueve integrantes de cada equipo debían sentase en una silla y colocar una bomba en las piernas, luego la pareja de cada

participante debía sentarse en las piernas y explotar la bomba, el grupo que primero explotara las bombas obtenía punto.

- **TERCERA ESTACION:** Doce participantes de cada equipo debían sacar con sus bocas 12 pimpones que se encontraban en una piscina ,luego debían de pasar en parejas y tomados de la mano por un estrecho camino sin dejar caer el pimpón de sus bocas, el equipo que primero tuviera los doce pimpones en el balde ganaba el punto.
- **CUARTA ESTACIÓN:** Todos los niños de cada equipo debían elaborar una tarjeta para sus abuelos. Mientras los niños estaban ejecutando se labor, los padres y los abuelos estaban en otra competencia, la cual consistió en escoger diez participantes de cada equipo, sentados en una silla, al primero de cada equipo se le entrego una cuerda la cual debía amarrar en una silla y luego el segundo la desamarraba y la entregaba al tercero y así sucesivamente el grupo que primero terminara seria el ganador de otro punto.
- **QUINTA ESTACIÓN:** Para terminar el circuito se realizo otra competencia que consistió en lo siguiente. los mismos 10 participantes se enumeraron del 1 al 10 (en cada equipo) luego se puso en la mitad de la cancha un pañuelo y en gritaba un numero del uno al diez, entonces los participantes de cada equipo que fueran ese numero debían salir corriendo a coger el pañuelo y así consecutivamente, al final de la prueba el grupo que mas veces tomara el pañuelo seria el ganador de otro punto.
- **SEXTA ESTACIÓN:** un representante de cada equipo debía bailar y el que mejor lo hiciera seria el ganador de otro punto.
- **SEPTIMA ESTACIÓN:** Conteo de los puntos y elección del equipo ganador.



3. 7. 2 VISITAS DOMICILIARIAS (INTERVENCIÓN PERSONAL CON LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR)

OBJETIVO:

- Comprender las necesidades del individuo y su familia con miras a establecer prioridades y objetivos de intervención, de manera que se pueda Identificar problemas actuales, riesgos, estado funcional y bienestar del paciente.

DESARROLLO:

Para el desarrollo de esta actividad es clave primero tener en cuenta los elementos objeto de visitas domiciliarias para el área de Gerontología de acuerdo al análisis de ficha familiar, por lo tanto se hace necesario revisar con anterioridad las fichas familiares de cada Barrio, algunos de los criterios de selección son: Ancianos que viven solos, Ancianos que recientemente han perdido un familiar, Viudez especialmente en hombres, Ancianos que recientemente han sido dados de alta del hospital, Hospitalizaciones frecuentes o prolongadas, Multipatologías, Alto Consumo de Medicamentos, Presencia de discapacidades Visuales y Auditivas, Deprivación Sensorial de cualquier tipo, Regular o mala percepción de la Salud, Dolor Crónico, Baja escolaridad, inadecuadas condiciones económicas y bajo ingreso económico, Desempleo, Sensación de Soledad, Pérdida de redes de Apoyo Primario (Familia) Inexistencia de redes de Apoyo Secundaria, accidentes

cerebro vasculares, entre otros aspectos fundamentales que justifiquen una visita domiciliaría.

El desarrollo de la visita en los hogares es el siguiente: **Primero** se saluda y se hace una breve presentación, **luego** se diligencia un formato de visita domiciliaria para el área de Gerontología donde se tienen en cuenta aspectos socio-demográficos e información sobre el estado de salud; en los Domicilios donde se ha encontrado Adultos Mayores con familia se ha realizado educación sobre el cuidado que se debe tener con el anciano, esto depende también del estado de salud en el que se encuentre, ya que se han identificado casos donde el paciente es bien tratado y en otros donde no se le presta una atención adecuada; **por ultimo** se invita a los Adultos Mayores a participar en el programa Abuelos en Acción, también se analiza si necesario una próxima visita, ya que en algunas ocasiones es significativo realizar una segunda intervención con la familia. Se presentaron casos donde fue fundamental trabajar en conjunto con otros profesionales, por lo tanto se realizaron varias remisiones con el fin de que otros profesionales realizaran su intervención y así dar una mejor atención al paciente y a su familia.

ENFOQUE PREVENTIVO

La valoración en casa, no solo se limita a hacer una visita en el hogar para solucionar un problema, realizar un examen físico o dar recomendaciones de manejo para una patología específica, es un proceso más complejo que pretende además, reconocer aquellos aspectos del medio físico y social del anciano, que

puede comprometer su calidad de vida y bienestar físico, psicológico y social; al mismo tiempo es una forma de acercarse a la familia para concientizarlos que son la principal y única fuente de apoyo para el cuidado y la atención del Adulto Mayor.

Asimismo, La visita domiciliaria permite incluir a los Adultos Mayores en los programas de **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** del Hospital San Vicente, es una forma personalizada para brindar orientación para el auto-cuidado, facilita la educación y la sensibilización a la familia sobre Enfermedades Cardiovasculares, Parkinson, Diabetes, Hipertensión, entre otras, que se pueden prevenir o controlar con buenos cuidados.

En los siguientes cuadros se mencionara **primero** como funcionaron las visitas domiciliares durante el segundo semestre del 2006, y segundo como se desarrollaron mes a mes durante el primer semestre del 2007 en los sectores asignados, así mismo se dará a conocer el número de Adultos Mayores y familias beneficiadas.

SEGUNDO SEMESTRE DEL 2006

TABLA N° 3 Acompañamiento domiciliario a la familia del Adulto Mayor que presenta enfermedades que pueden producir algún tipo de invalidez.

DIRECCIÓN	NOMBRE ADULTO MAYOR	EDAD	PROBLEMA IDENTIFICADO
BARRIO LA JULIA M n # 15	Carlota Guerrero	70 Años	Enfermedad de Parkinson
	Jorge Díaz	73 Años	Asfixia
BARRIO LA JULIA M p # 10	Libardo Montoya	72 Años	Úlcera Varicosa (Pie Izquierdo) OTROS: Inadecuadas condiciones económicas, bajo ingreso económico, Vive solo (viudo)
BARRIO LA JULIA M n # 8	Maria Geny Arango	65 Años	Hemiplejia lado Izquierdo (ACV) Multipatologías
	Jesús Jiménez	70 Años	Dolor crónico en la cadera
BARRIO LA JULIA M r # 12	Ana Dolores Urrea	63 Años	Osteoporosis- Sensación de Soledad
	Luís Delio Duque	65 Años	Hipertensión Arterial-Tuberculosis Alto Consumo de Medicamentos
BARRIO LA JULIA M r # 3	Maria Dolores García	60 Años	Estrés Baja escolaridad, inadecuadas condiciones económicas y bajo ingreso económico-Multipatologías Desconocimiento de los servicios de Atención en Salud
BARRIO LA JULIA M n # 5	Melida Tascón	72 Años	Hemiplejia lado Izquierdo Sensación de Soledad-Depresión Pérdida de redes de Apoyo Primario (Familia) Inexistencia de redes de Apoyo Secundaria
	Mario Leiva	73 Años	Ningún problema de Salud inadecuadas condiciones económicas y muy bajo ingreso económico

PRIMER SEMESTRE 2007

TABLA N° 4 Descripción de las visitas Domiciliarias realizadas durante el mes de Febrero del primer semestre del 2007.

SECTOR 2	SECTOR 10	SECTOR 11
<p>LA JULIA (11 visitas) Mz A # 5 Mz A # 6 (2 Adultos M.) Mz A # 7 Mz A # 11 Mz A # 15 (2 Adultos M) Mz B # 16 (2 Adultos M) Mz B # 17 (2 Adultos M)</p> <p>GORETTY (8 VISITAS) Cra 6 # 23-25 Cra 6 # 24-09 a (3 Adultos M) Cra 6 # 24-09 b (2 Adultos M)</p> <p>FAMILIAS EDUCADAS 6</p>	<p>TURBAY (4 VISITAS) Mz 6 # 10 Mz 7 # 11 Mz 7 # 12 (2 Adultos M)</p> <p>FAMILIAS EDUCADAS 1</p>	<p>BALASTRERA (15 VISITAS) Mz A # 2 Mz A # 4 Mz A # 9 (2 Adultos M) Mz A # 11 (2 Adultos M) Mz A # 16 (3 Adultos M) Mz B # 14 Mz C # 8 Mz C # 14 Mz C # 16 (3 Adultos M)</p> <p>SANTA ELENA (14 VISITAS) CII 20 # 2 (2 Adultos M) CII 20 # 3 CII 20 # 79 CII 20 # 1-38 (2 Adul. M) Cambuche 4 Cambuche 5 Cambuche 17 Cambuche 20 (2 Ad. M) Cambuche 92 (3 Ad. M)</p> <p>FAMILIAS EDUCADAS 5</p>

TABLA Nº 5 Descripción de las visitas Domiciliarias realizadas durante el mes de Marzo del primer semestre del 2007.

<u>SECTOR 2</u>	<u>SECTOR 10</u>	<u>SECTOR 11</u>
<p><u>B/ GORETTY (4)</u></p> <p>CII22 #4-50<u>A</u> (2 Adult. M) CII22 #4-50<u>B</u> (2 Adult. M)</p> <p>Adultos Mayores 4 Familias Educadas 1</p>	<p><u>B/ TURBAY (23)</u></p> <p>Mz 2 # 6 (2 Adultos M) Mz 2 # 9<u>A</u> (3 Adultos M) Mz 2 # 9<u>B</u> (3 Adultos M) Mz 2 # 10<u>A</u> (3 Adult. M) Mz 2 # 12 (2 Adultos M) Mz 2 # 15 (2 Adultos M) Mz 4 # 6 (2 Adultos M) Mz 4 # 8 (2 Adultos M) Mz 10 # 8 (1 Adulto M.) Mz 11 # 15 (2 Adult. M)</p> <p><u>B/ LOS ROBBLES (1)</u></p> <p>Mz E # 3 (1 Adulto M)</p> <p>Adultos Mayores 24 Familias Educadas 10</p>	<p><u>B/ RAMIREZ FRANCO</u> (9)</p> <p>Cr. 2^a # 25-09 Cr. 3^a # 25-14 Cr. 3^a # 25-15 Cr. 3^a # 25-19 Cr. 3^a # 25-21 Cr. 3^a # 25-28 Cr. 3^a # 25-29 Cr. 2^a # 25-31 Cr. 3^a # 25-50</p> <p>Adultos Mayores 9 Familias Educadas 4</p>

TABLA Nº 6 Descripción de las visitas Domiciliarias realizadas durante el mes
Abril del primer semestre del 2007.

<u>SECTOR 2</u>	<u>SECTOR 10</u>	<u>SECTOR 11</u>
<p><u>LA JULIA (15)</u> Mz P # 2 (4 Adultos M) Mz P # 3 (2 Adultos M) Mz P # 8 (2 Adultos M) Mz P # 4 (1 Adulto M) Mz P # 9 (2 Adultos M) Mz P # 11 (1 Adulto M) Mz P # 15 (3 Adult. M)</p> <p><u>LA PISTA (7)</u> Cr. 4ª # 24-42 (1 Adul) Cr. 4ª # 27-58 (3 Adult) Cr. 4ª # 27-36 (3 Adult)</p> <p>Adultos Mayores 22 Familias Educadas 7</p>	<p><u>B/ TURBAY (9)</u> Mz 3 # 12 (1 Adulto M) Mz 1# 11 (2 Adultos M) Mz 1 # 10 (1 Adulto M) Mz 2 # 7 (3 Adult. M) Mz 2 # 3 (2 Adultos M)</p> <p>Adultos Mayores 9 Familias Educadas 4</p>	<p><u>B/ RAMIREZ FRANCO (15)</u> Cr. 3ª # 24-55 (1 Adul) Cr. 3ª # 24-72 (1 Adul) Cr. 3ª # 24-49 (2 Adul) Cr. 3ª # 24-51 (1 Adul) Cr. 3ª # 24-25 (2 Adul) Cr. 3ª # 24-39 (1 Adul) Cr. 2ª # 03-06 (1 Adul) Cr. 3ª # 25-36 (2 Adul) Cr. 3ª # 25-15 (2 Adul) Cr. 3ª # 24-17 (2 Adul)</p> <p>Adultos Mayores 15 Familias Educadas 7</p>

TABLA N° 7 Descripción de las visitas Domiciliarias realizadas durante el mes Mayo del primer semestre del 2007.

<u>SECTOR 2</u>	<u>SECTOR 10</u>	<u>SECTOR 11</u>
<p align="center"><u>B/LA JULIA (22)</u></p> <p>Mz P # 17 (1 Adulto M) Mz P # 18 (1Adulto M) Mz P # 20 (2 Adultos M) Mz M # 1 (2 Adultos M) Mz M # 3 (1 Adultos M) Mz M # 14 (1 Adulto M) Mz M # 15 (2 Adultos M) Mz M # 18 (2 Adultos M) Mz M # 7 (2 Adultos M) Mz M # 8 (1 Adulto M) Mz J # 2 (2 Adultos M) Mz J # 3 (2 Adultos M) Mz J # 4 (1 Adulto M) Mz J # 9 (1Adulto M) Mz J # 11 (1 Adulto M) Mz J # 13 (1Adulto M) Mz J # 15 (2 Adultos M) Mz L # 3 (1Adulto M) Mz L # 5 (2 Adultos M) Mz L # 15 (1Adulto M) Mz L # 16 (1 Adulto M) Mz L # 18(2 Adultos M)</p> <p align="center"><u>LA PISTA (8)</u></p> <p>Cr. 4ª# 22-23 (2 Adultos) Cr. 4ª # 22-25 (1 Adult) Cr. 4ª# 22-33 (2 Adultos) Cr. 4ª# 22-43 (1 Adulto) Cr. 4ª# 28-10 (2 Adultos) Cr. 4ª# 28-20 (2 Adultos) Cr. 3ª# 23-37 (1 Adulto) Cr. 2ª# 23-12 (2 Adultos)</p> <p align="center"><u>B/ GORETTY (2)</u></p> <p>Cr. 5ª # 22-18 (1 Adult) C23 # 4-33 (1 Adulto M)</p> <p>Adultos Mayores 47 Familias Educadas 24</p>	<p align="center"><u>B/ TURBAY (4)</u></p> <p>Mz 5 # 4 (1 Adulto M) Mz 10 # 2 (1 Adulto M) Mz 10 # 17 (1 Adulto M) Mz 1 # 13 (1 Adult. M)</p> <p align="center"><u>B/ LA GRACIELA (8)</u></p> <p>K8 # 7-53 (2 Adultos M) C16 # 7-15 (1 Adulto M) Cr.9ª# 14-57 (1 Adultos) C15 # 8-30 (1 Adulto M) K7#16-15 (2 Adultos M) C15 # 9-26 (2 Adultos M) C15 # 8-43 (2 Adulto M) C16 # 8-5 (3 Adultos M)</p> <p>Adultos Mayores 18 Familias Educadas 6</p>	<p align="center"><u>B/CINCUENTENARIO(5)</u></p> <p>CII 22 # 2-39 (1 Adult M) CII 22 # 2-17 (1 Adult M) CII 22 # 2-05 (2 Adult M) CII 22 # 2-32 (2 Adult M) CII 22 # 2-45 (1 Adult M)</p> <p align="center"><u>B/ RAMIREZ FRANCO (9)</u></p> <p>Cr. 3ª # 25-22 (1 Adul) Cr. 3ª # 23-40 (1 Adul) Cr. 3ª # 23-60 (1 Adul) Cr. 3ª # 25-17 (2 Adul) Cr. 3ª # 25-36 (2 Adul) Cr. 3ª # 25-25 (1 Adul) Cr. 3ª # 25-55 (2 Adul) Cr. 2ª # 22-31 (2 Adul) Cr. 2ª # 25-09 (1 Adul)</p> <p align="center"><u>B/ PABLO SEXTO (4)</u></p> <p>C18 # 1-25 (1 Adulto M) C18 # 3-25 (4 Adulto M) C18 # 3-53 (1 Adulto M) C18 # 2-48 (1 Adulto M)</p> <p>Adultos Mayores 27 Familias Educadas 13</p>
<p>TOTAL FAMILIAS EDUCADAS: 43</p> <p>TOTAL ADULTOS MAYORES VISITADOS: 92</p>		<p>TOTAL VISITAS REALIZADAS 62</p>

**ENCUENTRO CULTURAL CON LOS ADULTOS MAYORES Y SUS
FAMILIAS
(COLISEO CENTRAL)**

El ocio requiere una decisión libre, autónoma y creativa para el disfrute y la satisfacción de necesidades personales y colectivas.

PARA QUE SIRVE (ENFOQUE PREVENTIVO)

Las actividades culturales permiten acercar al hombre a espacios que facilitan cambios de actitudes, creación de ambientes más dinámicos y tiempos abiertos en pugna contra el envejecimiento sinónimo de pasividad y enfermedad.

OBJETIVO

- Integrar a los Adultos Mayores y a sus familias de manera dinámica a la creación de ambientes y actividades amenas que ayuden al cambio de actitudes frente a la vejez, y de hábitos que conlleven a la utilización de espacios culturales.

DESARROLLO

En esta actividad cultural se contó con una asistencia de 160 personas y se llevo a cabo de la siguiente manera:

1. Se realizo la presentación del programa y se explico el objetivo de la misma.

2. Se realizo 20 minutos de actividad física a cargo de un recreacionista de **INDEPORTES**, con fin de mencionar la importancia que tiene realizarla con frecuencia y a cualquier edad.
3. Se dio paso una presentación de danzas folclóricas por grupo del Centro Día Atardecer Montenegrino.
4. Intervención del grupo de Malabares de la Universidad del Quindío, gestionado por la estudiante. Esta actividad permitió la participación de Adultos Mayores y sus familias, ya que salían a participar junto con los malabaristas.
5. Presentación del grupo de Danzas del Centro Día Atardecer Montenegrino.
6. Exposición de un video clip, este tenia como objetivo sensibilizar a las familias frente al cuidado y atención que se le debe prestar a los Adultos Mayores que tienen en casa.

NOTA: La actividad de malabares fue muy divertida y gusto mucho, ya que permitió participar de una actividad diferente a las que se venían realizando, además es necesario resaltar que este tipo de actividades son las expresiones artísticas basadas en un contenido profundo del lenguaje y la música.

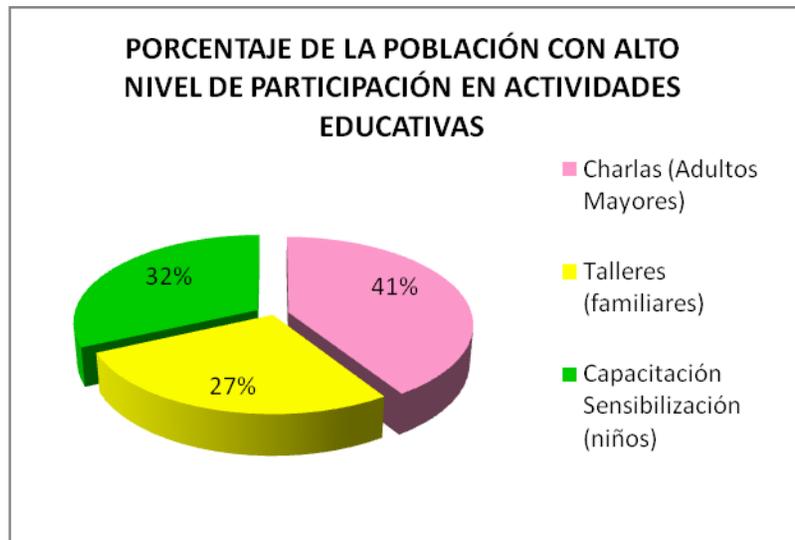




5. RESULTADOS

4.1. Resultados Área Educativa

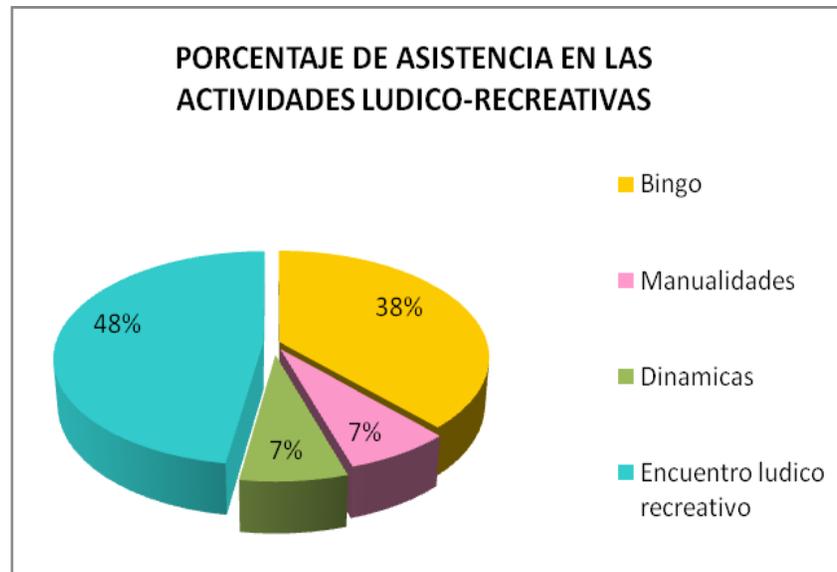
GRAFICA N° 1



De las actividades educativas realizadas en los diferentes grupos poblacionales se identificó que el 41% equivale a la población Adulta Mayor, los cuales obtuvieron el nivel más alto de participación en charlas educativas, el grupo que le sigue es la población infantil con un 32 %, lo cual indica que ocupó el segundo puesto en el nivel de la participación en sensibilizaciones y capacitaciones, el 27 % restante corresponde a los familiares que participaron en los talleres.

5.2 Resultados Área lúdico-Recreativa

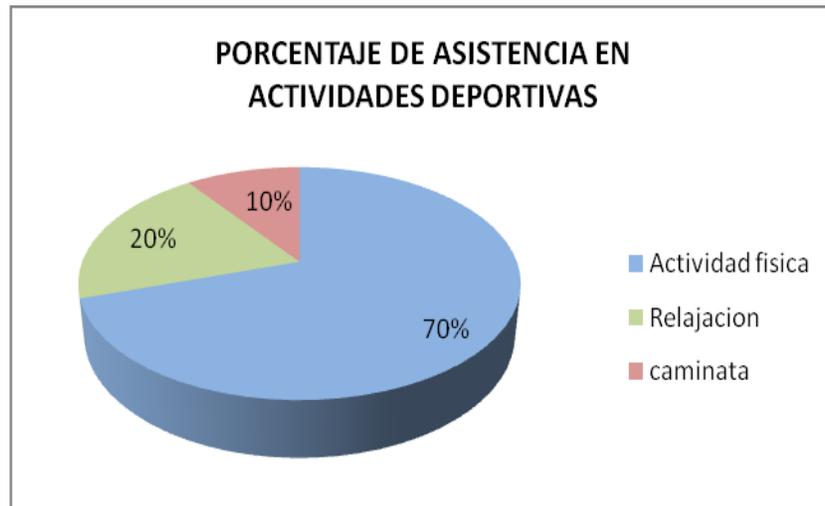
GRAFICA N° 2



El 48% señala que la actividad lúdica más asistida fue el encuentro lúdico-recreativo que se realizó con los adultos mayores y sus familias; luego se menciona el bingo con un 38%; un 7% hacen referencia a las actividades manuales y el 7% restante a las dinámicas de grupo.

5.3 Resultados Área Deportiva

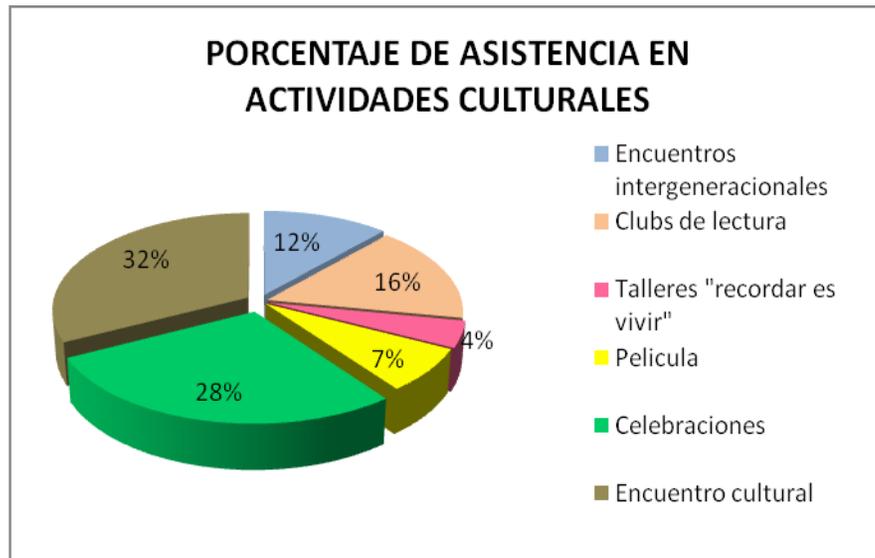
GRAFICA N° 3



Esta grafica señala que a la actividad mas asistida fue la actividad fisica, con un promedio del 70%, luego le sigue la actividad de relajacion con un 20% y por ultimo estan las caminatas con un solo 10 %.

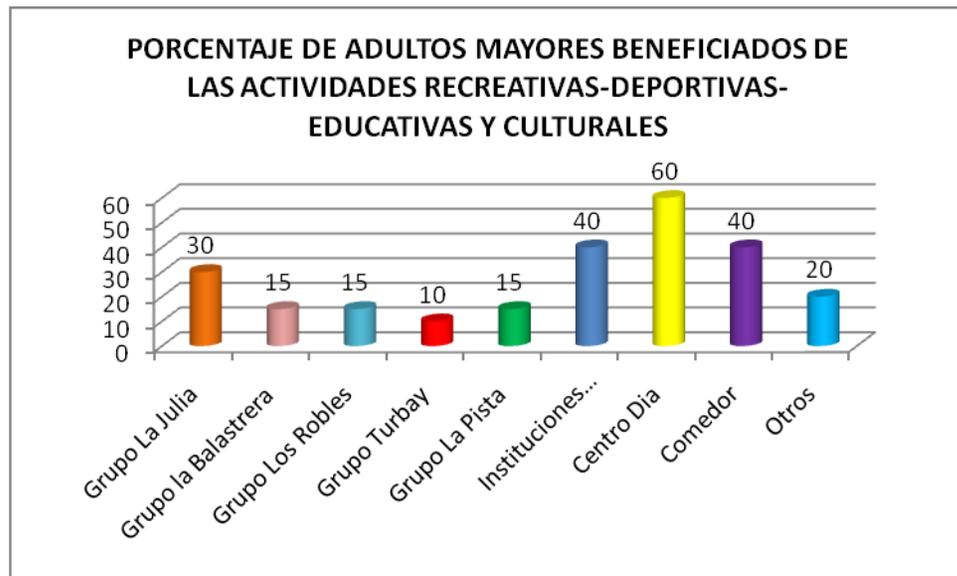
5. 4 Resultados Área Cultural

GRAFICA N° 4



La actividad mas asistida fue el encuentro cultural con un 32%, al cual asistieron adultos mayores y sus familias; el 28 % hace referencia a las celebraciones de cumpleaños y otras fechas que se organizan ya sea en el grupo o fuera del grupo; el 16 % a los club de lecturas con abuelos y nietos; el 12% a los encuentros intergeneracionales; el 7% a la mañana de cine y 4% al taller “recodar es vivir”.

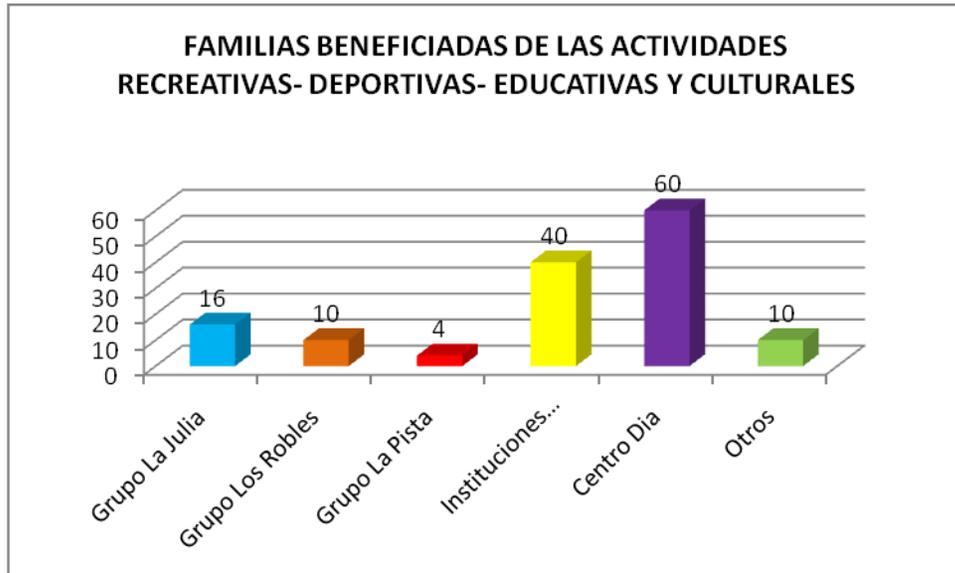
POBLACIÓN BENEFICIARIA



GRAFICA Nº 5 Muestra el numero de adultos mayores que se beneficio de las actividades en cada grupo.

ADULTOS MAYORES BENEFICIADOS

TOTAL: 245

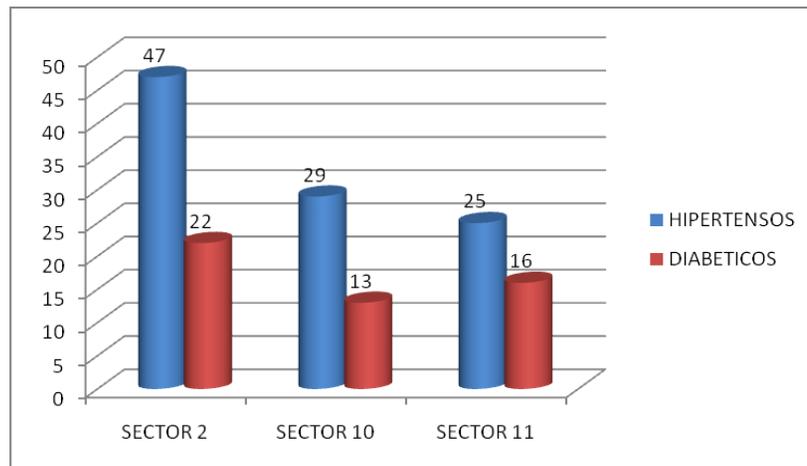


GRAFICA N° 6 señala el numero de familias por grupo que fueron beneficiadas de las diferentes actividades

FAMILIAS BENEFICIADAS

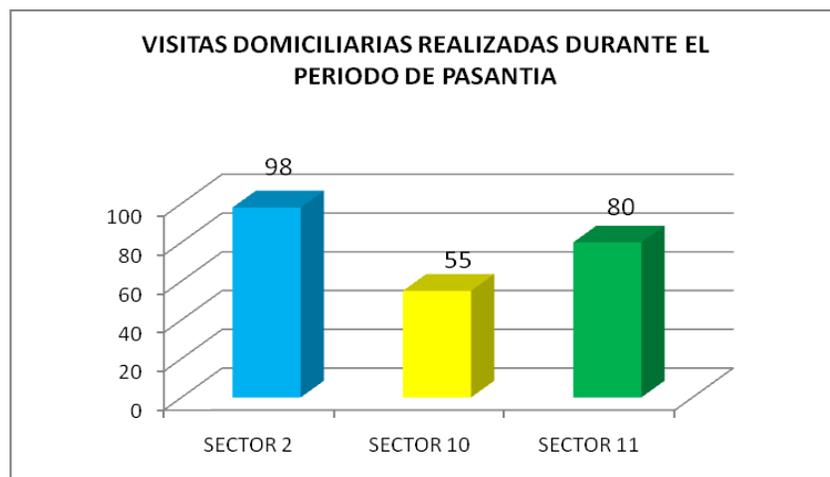
TOTAL: 140

**GRAFICA N° 7 PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABETICOS IDENTIFICADOS
A TRAVES DE LA VISITA DOMICILIARIA**



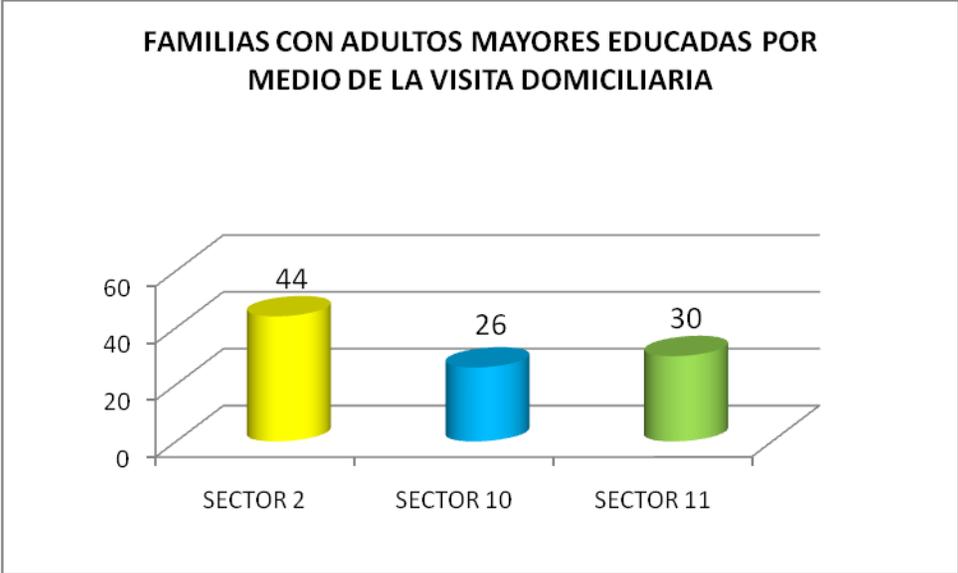
**TOTAL
HIPERTENSOS: 101
DIABETICOS: 51**

GRAFICA N° 8



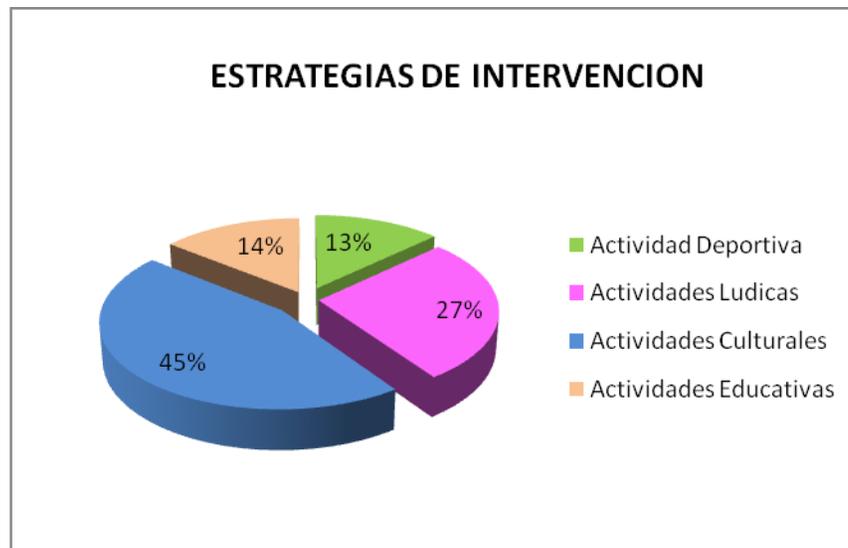
**TOTAL
VISITAS REALIZADAS: 233**

GRAFICA N° 9



TOTAL
FAMILIAS EDUCADAS: 100

CONCLUSIÓN DE LOS RESULTADOS



El 13% de la población involucrada se inclino por realizar actividades deportivas, el 27% participo de las actividades lúdicas, el 45% en las actividades culturales y el 14% en las actividades educativas.

A partir de lo anterior se puede concluir que las actividades culturales tuvieron una excelente acogida por parte de la población, ya que estas permiten al hombre acercarse a espacios que faciliten cambios de actitud, creación de ambientes más dinámicos y tiempos abiertos en pugna contra el envejecimiento sinónimo de pasividad.

RESULTADOS Y ANALISIS DE ENCUESTAS

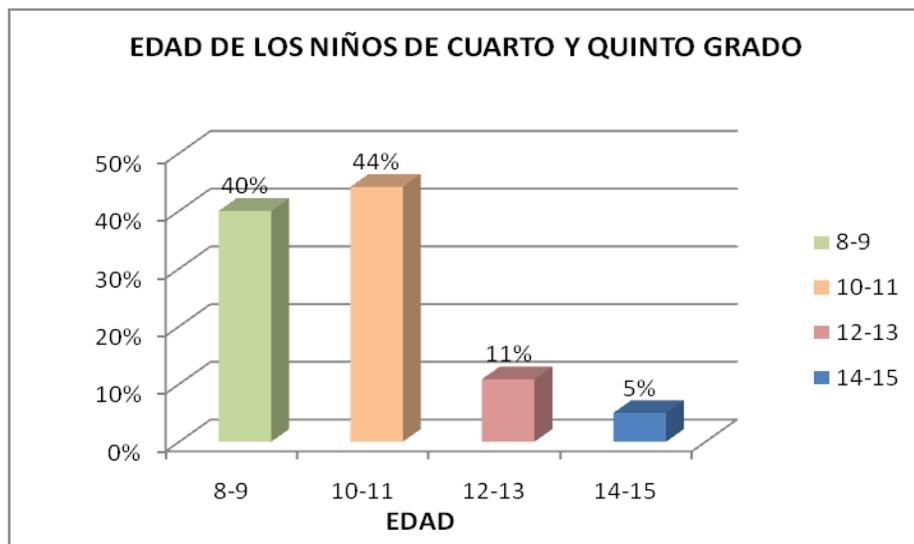
La encuesta se aplico en las instituciones educativas: Nuestra señora de La Soledad, Los Fundadores, Santa María Goretti y General Santander del Municipio de Montenegro-Quindío; en los grados cuarto y quinto.

Se encuestaron 76 niñas y 44 niños para un total de 120 niños, de los cuales en los grados cuarto 37 fueron niñas y 32 niños, y en los grados quintos 22 fueron niños y 39 niñas.

Encuesta aplicada para determinar cuantas familias vivían con un adulto mayor en sus hogares y que la facilidad tenían para participar en actividades educativas.

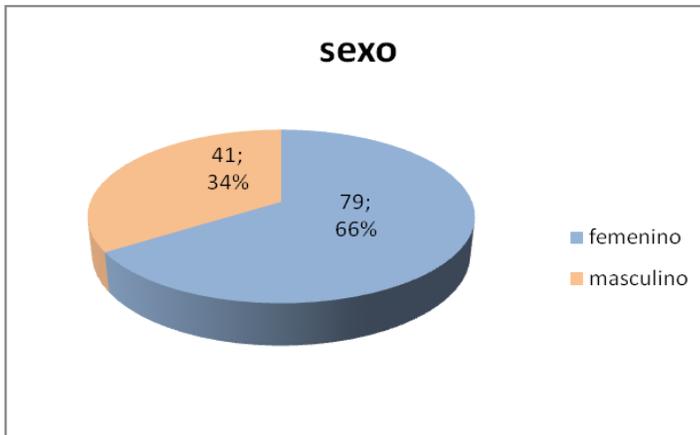
I Información del estudiante

1. Edad



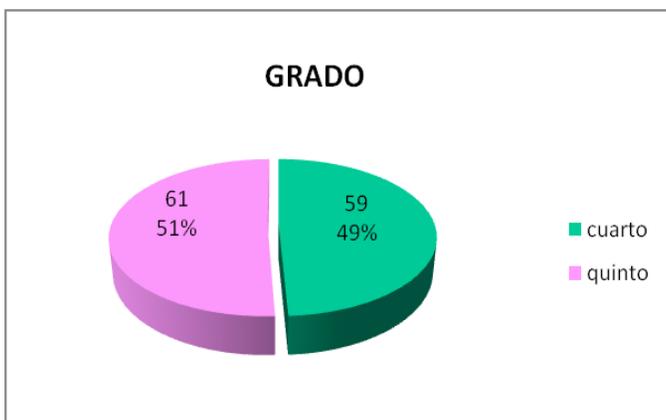
El 40% de los niños encuestados se encuentran entre edades de los 8-9 años, el 44% entre los 10-11 años, el 11% entre los 12-13 años y el 5% entre los 14-15 años.

2. Sexo



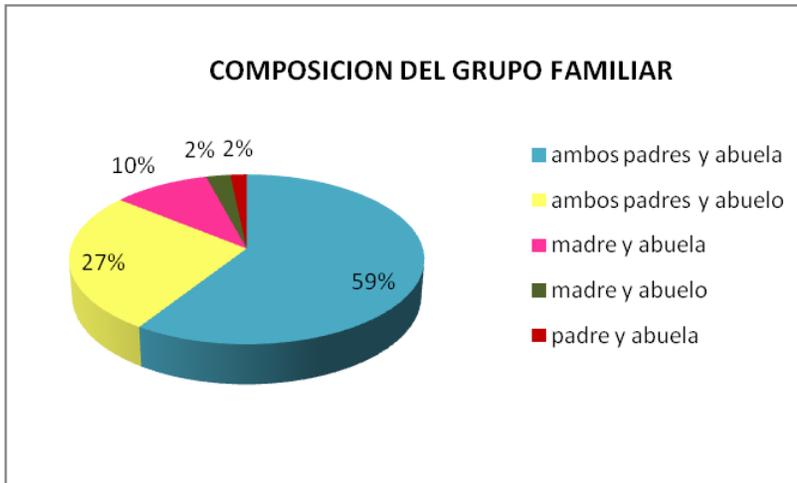
El 66% de los niños encuestados pertenecen al género femenino y el 34% restante al género masculino.

3. Grado



El 51% de los niños encuestados se encuentran cursando el grado quinto y el 49% restante el grado cuarto.

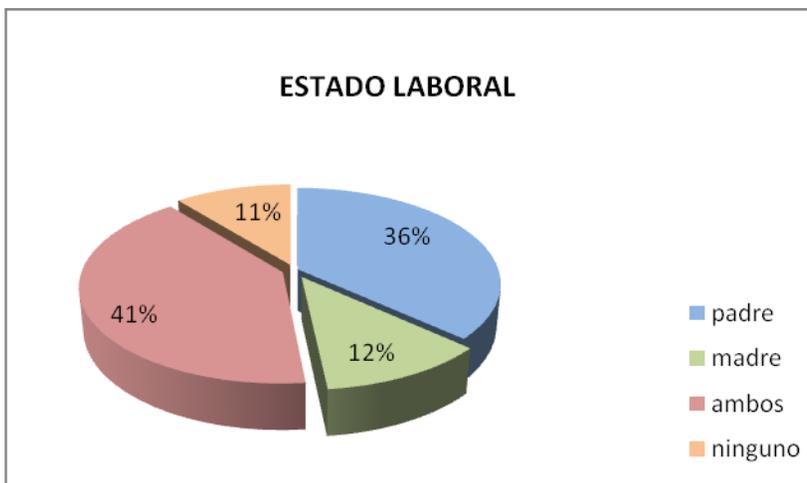
4. Con quien vive en casa ?



El 59% de los niños encuestados viven en casa con ambos padres y la abuela, el 27% con ambos padres y el abuelo, el 10% vive solo con la madre y la abuela, el 2% con la madre y el abuelo, y el 2% restante con el padre y la abuela.

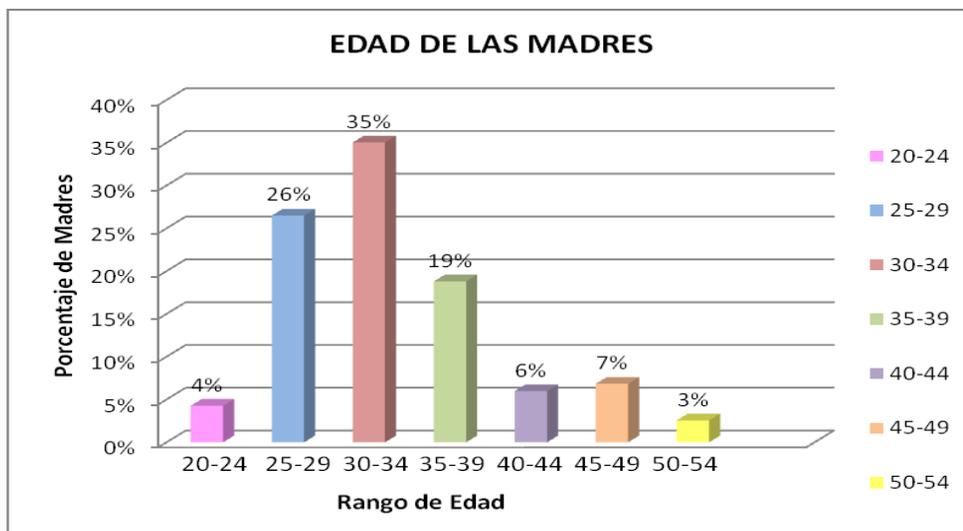
II Informacion de los padres

5. En su hogar trabaja?



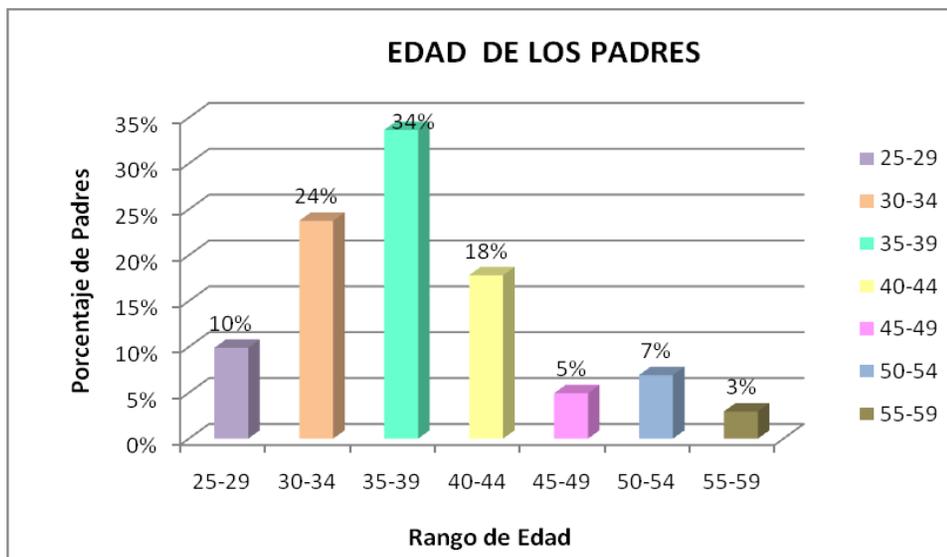
En el 41% de los hogares de los niños encuestados ambos padres trabajan, en el 36% trabaja solo el padre, en el 12% trabaja solo la madre y en el 11% restante no trabaja ninguno.

6. Edad de la Madre



El 4% de las madres de los niños encuestados se encuentran entre la edad de los 20-24 años, 26% entre los 25-29 años, el 35% entre los 30-34 años, el 19% entre los 35-39 años, 6% entre los 40-44 años, 7% entre los 45-49 años, 3% entre los 50-54 años.

7. Edad del Padre



El 10% de los padres de los niños encuestados se encuentran entre la edad de los 25-29 años, el 24% entre los 30-34 años, el 34% entre los 35-39 años, 18% entre los 40-44 años, 5% entre los 45-49 años, 7% entre los 50-54 años y el 3% entre los 55-59 años.

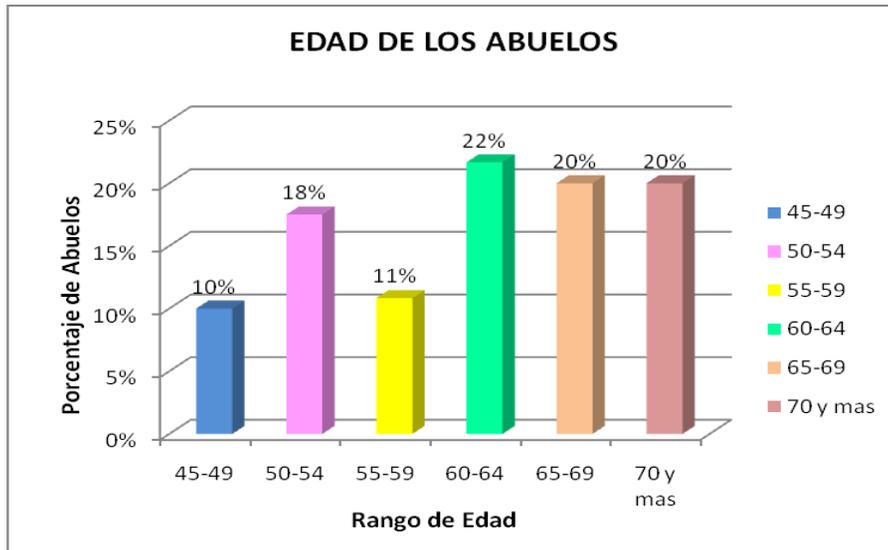
8. Le gusta participar en actividades educativas?



El 56 % de los padres de los niños encuestados respondieron que si les gusta participar en actividades educativas, el 37 % contestaron que no y el 7% restante no presento ninguna respuesta..

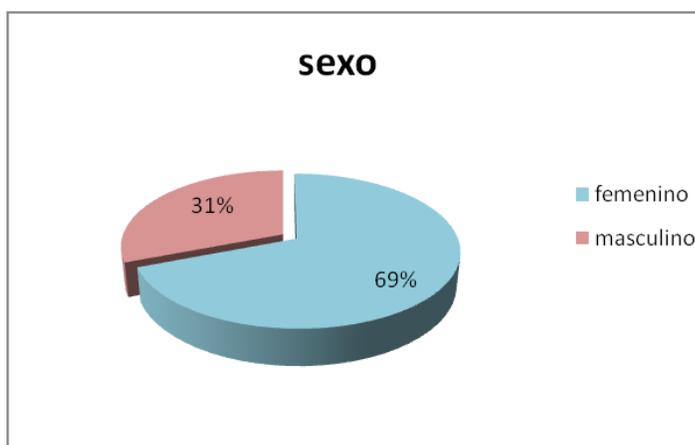
III Información del abuelo que vive en casa

9. Edad



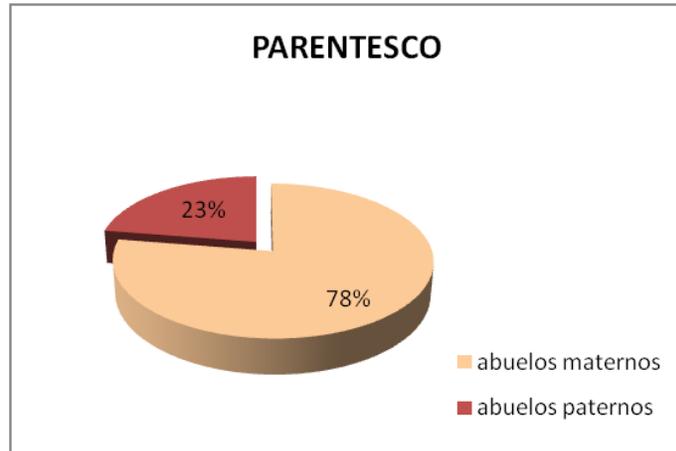
El 10% de los Abuelos de los niños encuestados se encuentran entre la edad de los 45-49 años, el 18% entre los 50-54 años, el 11% entre los 55-59 años, el 22% entre los 60-64, el 20% entre los 65-69, y el 20% restante entre los 70 y mas años.

10. Sexo



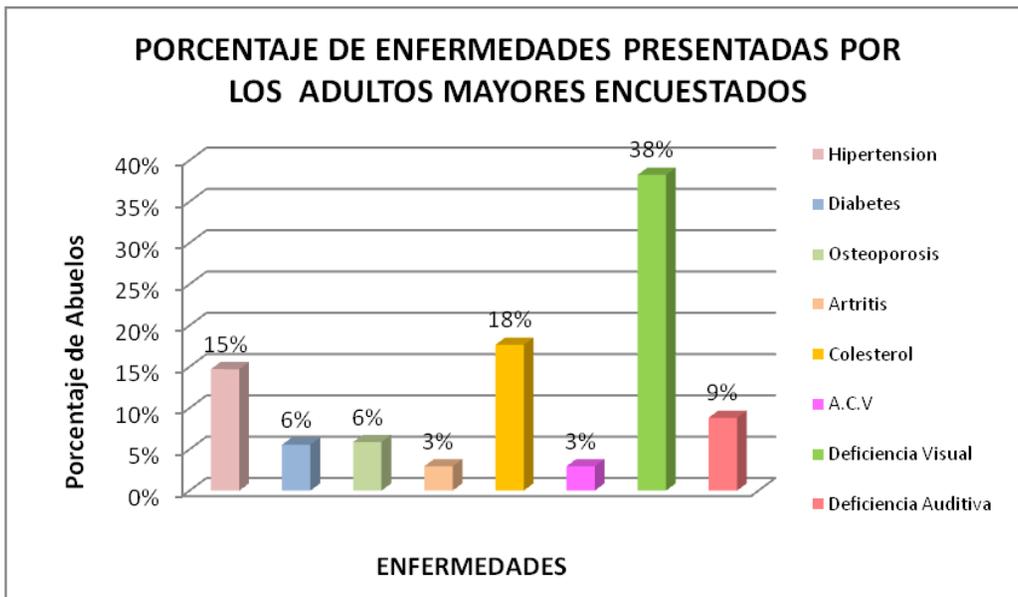
El 69% de los abuelos de los niños encuestados pertenecen al género femenino y el 31% restante al género masculino

11. Parentesco



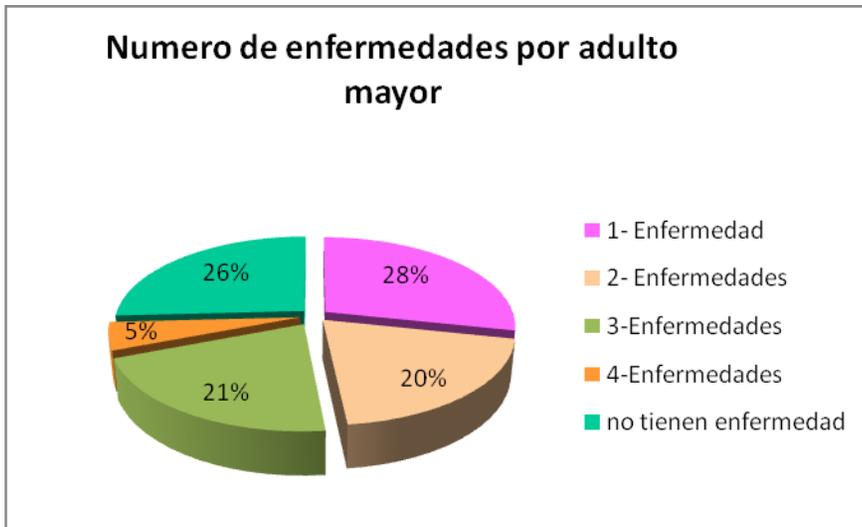
El 78% de los abuelos de los niños encuestados son abuelos maternos y el 23% restante abuelos paternos.

12. Señale en el siguiente cuadro cuales enfermedades usted presenta?



El 7% de los abuelos encuestados presentan hipertensión arterial, el 9% Diabetes, el 5% osteoporosis, el 11% artritis, el 14% Colesterol, el 10% perdida de la memoria, el 1% A.C.V, el 35% Deficiencia visual y el 8% Deficiencia Auditiva.

- Numero de enfermedades por adulto mayor



El 28% de los abuelos encuestados presentan una de las enfermedades antes mencionadas, el 20% dos enfermedades, el 21% tres enfermedades, el 5% cuatro enfermedades y el 26% no presenta ninguna.

13. Presenta alguna discapacidad que le impida desplazarse en la casa y en la calle



El 91% de los abuelos encuestados no presenta ningun tipo de discapacidad, mientras que el 9% restante si presenta algun tipo de discapacidad.

14. ¿Tiene cuidador o empleado a su servicio?



El 92% de las familias de las familias encuestadas no tienen cuidador o empleado, mientras que el 8% restante si tienen.

15. ¿Le gusta participar en actividades educativas, culturales y lúdicas?



El 57% de los abuelos encuestados si les gusta participar en actividades y el 43% restante no les gusta participar en ningún tipo de actividad.

16. ¿Cuida de su nieto?



El 75% de los abuelos encuestados cuidan de sus nietos, mientras que el 25% restante no presenta ningún papel de cuidador.

6. LOGROS

- Desde el área educativa se logro no solo aportar un conocimiento científico, sino que se promovió en cada individuo y colectivo la adopción de comportamientos y hábitos saludables que permitan disfrutar de una vida plena y agradable, no solo en la parte biológica sino psicosocial y espiritual; contribuyendo eficazmente a mantener un buen estado de salud, pues se tiene en cuenta el concepto de salud tal y como ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) no se centra solo en la ausencia de enfermedades como durante mucho tiempo se ha concebido la salud, sino que incluye también la presencia de un bienestar físico, mental y social, y dicho bienestar se logra mediante la participación en actividades que guíen la consecución de dicho objetivo, por lo tanto las personas que se involucraron en estas actividades educativas lograron adquirir pautas que los guiarán en el logro de una vejez autónoma y competente.
- Es de resaltar que la familia del Adulto Mayor ha sido el objetivo fundamental de esta propuesta, por lo tanto es satisfactorio como profesional en el área de gerontología haber facilitado cambios afectivos y comportamentales entre la familia y el anciano, esto mediante la intervención individual y grupal, la cual se oriento por medio de las visitas domiciliarias, ya que la valoración en casa, no solo se limita a hacer una

visita en el hogar para solucionar un problema o dar recomendaciones de manejo para una patología específica, es un proceso más complejo que pretende además, reconocer aquellos aspectos del medio físico y social del anciano, que puede comprometer su calidad de vida y bienestar físico, psicológico y social; al mismo tiempo es una forma de acercarse a la familia para concientizarlos que son la principal y única fuente de apoyo para el cuidado y la atención del Adulto Mayor. Asimismo, La visita domiciliaria permitió incluir a los Adultos Mayores en los programas de **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** del Hospital San Vicente, fue una forma personalizada para brindar orientación para el auto-cuidado, además facilito la educación y la sensibilización a la familia sobre Enfermedades Cardiovasculares, Parkinson, Diabetes, Hipertensión, entre otras, que se pueden prevenir o controlar con buenos cuidados.

- Desde el área de recreación y lúdica se logro propiciar un ambiente agradable, participativo y de comunicación entre los miembros del grupo familiar y de referencia, así mismo se promovió la ocupación del tiempo libre y el fortalecimiento de actitudes positivas frente al propio envejecimiento, por lo tanto se debe tener en cuenta que cuando hablamos de recreación tenemos que hablar de lúdica, que es parte esencial de una dimensión del hombre, una condición humana durante toda su vida terrenal, que a través del goce innato nos permite suplir necesidades de expresión, de sentires, de creación, de conocimientos y de potenciar nuestra vida a otras esferas que balancean las contradicciones y aflicciones de esta vida,

por lo tanto haber utilizado la recreación y la lúdica como estrategia de intervención permitió que de una forma divertida las personas participaran y tuvieran un sano esparcimiento.

- Desde el área deportiva se logro concientizar a la población de los beneficios que trae la práctica continua de actividades deportivas como la actividad física, ya que es el pilar para el buen funcionamiento del organismo y mejorar el estado de salud.
- Desde el área cultural se logro rescatar valores como la tolerancia, el respeto, entre otros, que en la actualidad se han perdido en la familia y que por ende son fundamentales para el crecimiento personal, así mismo se pudo fomentar los lazos afectivos del grupo, ya sea entre abuelo-nieto-hijos y padres; el conjunto de actividades culturales que se realizaron permitieron no solo estimular la percepción en el adulto mayor, sino que también facilitaron un ambiente de participación, Integración y comunicación entre el grupo.

7. CONCLUSIONES

La propuesta de apoyo a la familia del Adulto Mayor, busco durante el programa de salud familiar y comunitaria del Hospital San Vicente de Paul de Montenegro incluir a toda la población en las diferentes actividades desarrolladas, las cuales tuvieron un enfoque de tipo educativo, lúdico, recreativo y cultural, obteniendo así por parte de la comunidad la participación y la colaboración en cada una de las acciones implementadas; además se consiguió cautivar y crear el deseo en los beneficiarios de adoptar estilos de vida que les permita disfrutar un envejecimiento exitoso. Es necesario mencionar que al inicio de la pasantía se presentaron algunas dificultades, las cuales se supieron manejar y dar una salida correcta.

Teniendo en cuenta el objetivo general de la propuesta de apoyo a la familia de adulto mayor, es necesario mencionar que por medio de cada una de las actividades y estrategias de intervención que se implementaron y ejecutaron durante el proceso, se logro no solo sensibilizar y educar a las familias frente al cuidado y la atención que verdaderamente se le debe brindar al adulto mayor que se tiene en casa; sino que se logro fortalecer la comunicación y la participación del grupo familiar; pues se hizo referencia en el papel que juega dicha composición para cada uno de sus miembros, lo cual permitió que el grupo llegara a la conclusión que definitivamente es una unidad estable donde cada uno de sus miembros tiene garantizada su

seguridad efectiva y económica, además es el mejor sitio para satisfacer necesidades físicas, psicológicas y sociales.

Uno de los objetivos específicos de esta propuesta fue educar a las familias en temas como cuidado y atención al adulto mayor; envejecimiento y vejez, esto se logro por medio de la realización de actividades educativas como charlas, talleres y sensibilizaciones, a través de las cuales se busco brindar alternativas que indicaran con sencillez y honestidad las acciones que hay que emprender o las actitudes que hay que adoptar si se quiere contribuir al mejoramiento del cuidado de las personas adultas y por lo tanto de sus propias comunidades.

Así mismo, la intervención que se realizo por medio de las visitas domiciliarias permitió identificar necesidades y reconocer aquellos aspectos del medio físico y social del anciano que pudieran comprometer su calidad de vida y su bienestar a nivel físico, psicológico y social; además fue una forma de educar y sensibilizar al grupo familiar y a los cuidadores, en que los Adultos Mayores son personas que requieren asistencia y cuidado permanente, pues aunque sus cuerpos ya no sean los mismos y se hayan vuelto mas frágiles, ellos son lo mas valioso de una comunidad. Son la memoria viva del pasado, la síntesis de nuestra cultura y de nuestras costumbres.

La ejecución de actividades lúdicas y recreativas facilito la participación y la comunicación de las familias, ya que el goce innato permite suplir

necesidades de expresión, de sentirse, de creación, de conocimiento y de sano esparcimiento; además permite extraer del hombre interior una acción consciente y permanente, que responda con vitalidad y energía a los estímulos externos. Por lo tanto es necesario resaltar que dentro de las actividades cotidianas de los Montenegriños, no está la de realizar actividades como las que se implementaron, pero es placentero manifestar que durante este proceso se logró crear en los individuos una cultura de ocio sano y ocupación del tiempo libre en actividades que les permita lograr la activa participación y el bienestar físico, psicológico y social.

Es así como otro de los objetivos de esta propuesta, fue enseñar a la población que la intervención gerontológica es una herramienta que busca no solo propender en el mejoramiento de la calidad del cuidado y la atención que se debe tener con los adultos mayores, sino que fue un medio que permitió estimular a la familia a mantener su condición de institución encargada de atender y apoyar al anciano; lo anterior se desarrolló teniendo en cuenta el seminario-taller sobre Seguridad Económica del Adulto Mayor en América Latina y El Caribe, durante la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada el 9 de Abril del 2002 en Madrid, España; durante la cual se hizo referencia en el rol de la familia en la seguridad económica en la vejez y se enfatizó en la necesidad de apoyar al sistema familiar para que cumpla las funciones de cuidado de las personas de edad y se cuestionó el descaso en este núcleo de parte de las

responsabilidades publicas en le cuidado de la vejez; lo antes mencionado fue necesario tenerlo en cuenta porque muchas familias no cuidaban óptimamente a sus ancianos, además era vital hacerles entender que una “familia dinámica, equilibrada e integrada es la clave de un envejecimiento feliz, sobre todo cuando dentro del grupo existe un sentimiento hacia el anciano de considerarlo útil”.

Por otra parte, se realizo una interesante labor e intervención con la población infantil y sus familias por medio de las instituciones educativas y los grupos de Abuelos en Acción, lo cual permitió educar a dicha población acerca del proceso de envejecimiento, etapa de la vejez y estilos de vida saludables, además fue una forma de brindar herramientas conceptuales y practicas para desarrollar procesos que contribuyen al mejoramiento del cuidado individual y colectivo. La realización de estas actividades se facilito no solo al interés de los padres y abuelos, sino también a que el 86% de las familias con las que se trabajo son familias extensas donde viven ambos padres, los hijos, alguno de los abuelos y otros familiares, y el 14% restante fueron familias nucleares incompletas donde vive alguno de los dos padres con los hijos y alguno de los abuelos.

Al terminar esta etapa de la pasantía me satisface haber experimentado este acercamiento no solo con la población, sino con la realidad actual, la que nos mide y nos hace pensar si realmente como profesionales estamos en la capacidad de liderar procesos en los individuos, en la familia, en los

grupos, en la comunidad, en las instituciones y en las empresas, ya sea como servidor público o privado, y/o como gestores de nuestra propia empresa.

Pero es gratificante saber que la experiencia adquirida no solo en Montenegro, sino durante todo el proceso de la carrera nos dio herramientas para comprender la dimensión social de la gerontología y como debemos iniciar procesos de posicionamiento si queremos vincularnos al mercado laboral.

8. RECOMENDACIONES

- Es primordial educar al grupo familiar, ya que es indispensable crear conciencia entre los integrantes de la familia sobre los cuidados y la atención que verdaderamente se le debe brindar a los Adultos Mayores, haciéndoles conocedores del ciclo que esta cumpliendo el abuelo; orientándolos sobre la actitud que deben asumir para que en la familia se logre rescatar los innumerables valores de las personas de edad avanzada.
- Sería interesante implementar un programa de apoyo a los cuidadores, ya que su relación continua con el Adulto Mayor puede traerle consecuencias en su estado de salud físico y psicológico.
- Es fundamental insistir en la relación abuelo-nieto ya que los vínculos afectivos son fuertes y más cuando el abuelo es el cuidador del niño.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BUITRAGO, Cielo. La Gerontología: algunos antecedentes de la Gerontología en Colombia. Armenia, documento No.10, sf.
- COHEN Dona, EISDORFER Carl. Como cuidar de tus padres cuando envejecen, 7 pasos para cuidar y atender adecuadamente a las personas mayores. Ediciones Paidós Ibérica. Buenos Aires. 1993.
- DEFENSORIA DEL PUEBLO. Mecanismos de Protección contra la violencia Intrafamiliar. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, 2001. Pág. 20.
- DESAFIOS Y HORIZONTES EN GERONTOLOGIA. Simposio AIG sobre el envejecimiento 1996. Asociación Interdisciplinaria de Gerontología. AIG Ediciones. 1996.
- DULCEY RUIZ, Elisa y URIBE VALDIVIESO, Cecilia. Psicología del Ciclo Vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana. En: Revista latinoamericana de Psicología. Bogotá. Vol. 34, no. 1-2 (2002); 19.
- FOLLETO. ALCALDIA DE ARMENIA. Oficina de vigilancia, control y ambiente-secretaria de salud

- GÓMEZ M., José Fernando. *Valoración integral de la salud del anciano*. Editorial Artes Gráficas: Manizales, 2002.
- GOMEZ, M. José Fernando, CURCIO, Carmen Lucia. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Págs. 104- 108
- HOYOS Luz Patricia. MANUAL DEL RECREADOR. POL EDITORES. Armenia-Quindío COLOMBIA. 1998. PAG 33
- HOSPITAL SAN VICENTE. ESE DE MONTENEGRO. Manual del Usuario, Gloria Adela Rodríguez Cárdenas. GERENTE. 2007.
- INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO programa Quindío activo para todos. MANUAL DE INSTRUCTOR. PAG.7.5
- LA ATENCION DE LOS ANCIANOS: Un desafío para los años noventa. Organización Panamericana de la Salud oficina sanitaria Panamericana, oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Washington. 1994
- LA VOZ DE LA MEMORIA Cartilla de apoyo pedagógico para el encuentro de abuelos, abuelas, niñas y niños. Olga Mercedes Pineda COORDINADORA PROGRAMA TERCERA EDAD
- Naturaleza del Conflicto en el área de atención a la familia. CONSEJO SUPERIOR. Pontificia Universidad Javeriana. Imprenta Nacional de Colombia. 1999. Págs. 23-29.

- MORAGAS M, Ricardo. Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de Vida. Editorial Herder. Barcelona. 1995.
- MISHARA B.L., RIEDEL R.G. El Proceso de Envejecimiento. Tercera edición. Morata. Madrid. 2000.
- PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2004-2007. Eleazar Jiménez Montes. Montenegro-Quindío
- PAPALIA, Diane; WENDKOS OLDS, sally y DUSKIN FELDMAN, Ruth. Desarrollo Humano.8 ed. Bogotá: Mc Graw Hill. 1990, p. 14
- RUBERTONE, G. Silvana María. El Rol que Desempeña La Familia ante la presencia de un anciano enfermo, usuario del Centro de Atención Ambulatoria Ligia Nieto de Jaramillo de la Ciudad de Armenia. 2003. Pág. 75
- REVISTA HORIZONTES 43, producido y circulado por Helpage International de St James Walk, London, Uk, pág. 9
- RICE Philip. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. México: Printed in México. 1997, p.468
- SUSAN HOOKER. LA TERCERA EDAD comprensión de sus problemas y auxilios prácticos para los ancianos., Graficas Instar, S.A. España 1978. pág. 67

- SANTOFIMIO J. Leidy Johanna. Percepción del docente de las escuelas oficiales de Armenia frente a la inclusión de los contenidos de envejecimiento y vejez en el PEI y propuesta de un modulo de capacitación gerontológica. 2005.
- TOVAR G, Diana Milena y GIRALDO M, Wendy. Programa de intervención gerontológica en la fundación Hernán Mejía Mejía de la ciudad de Armenia. Universidad del Quindío, programa de gerontología, Armenia-Quindío. 2007. P.74

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 1. Folleto Osteoporosis	246
ANEXO N° 2. Folleto Hipertensión	247
ANEXO N° 3. Folleto Diabetes Mellitus	248
ANEXO N° 4. Folleto La Menopausia	249
ANEXO N° 5. Folleto Estilos de Vida Saludable	250
ANEXO N° 6. Folleto Artritis	251
ANEXO N° 7. Folleto ejercicios para la espalda	252
ANEXO N° 8. Folleto el cigarrillo	253
ANEXO N° 9. Manual del usuario Hospital San Vicente de Paul	254
ANEXO N° 10. Factura	255
ANEXO N° 11. Ficha de remisión	256
ANEXO N° 12. Ficha Gerontológica	257
ANEXO N° 13. Ficha Familiar	258

ANEXO N° 1. FOLLETO OSTEOPOROSIS

ANEXO Nº 2. FOLLETO HIPERTENSIÓN

ANEXO N° 3. FOLLETO DIABETES MELLITUS

ANEXO N° 4. FOLLETO LA MENOPAUSIA

ANEXO N° 5. FOLLETO ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ANEXO N° 6. FOLLETO ARTRITIS

ANEXO N° 7. FOLLETO EJERCICIOS PARA LA ESPALDA

ANEXO N° 8. FOLLETO EL CIGARRILLO

**ANEXO N° 9. MANUAL DEL USUARIO HOSPITAL SAN VICENTE
DE PAUL**

ANEXO N° 10. FACTURA

ANEXO N° 11. FICHA DE REMISIÓN

ANEXO N° 12. FICHA GERONTOLÓGICA

ANEXO N° 13. FICHA FAMILIAR

