

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA ATENCIÓN
DOMICILIARIA “ACOMPÁÑAME” EN EL MUNICIPIO DEL RETIRO ANTIOQUIA

MARÍA MAGDALENA FLOREZ TABA

NANCY JOHANA POSADA MEJÍA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

RIONEGRO ANTIOQUIA

2019

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA ATENCIÓN
DOMICILIARIA “ACOMPÁÑAME” EN EL MUNICIPIO DEL RETIRO ANTIOQUIA

MARÍA MAGDALENA FLÓREZ TABA

NANCY JOHANA POSADA MEJÍA

Trabajo de grado para optar al título de
Gerontóloga

Asesor:

Ángel Miro López Marulanda

Gerontólogo y Mg. Cultura y Vida Urbana

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

RIONEGRO ANTIOQUIA

2019

Hoja de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a nuestras familias por haber sido nuestro apoyo incondicional a lo largo de nuestra carrera universitaria y a lo largo de nuestra vida; y a todas las personas especiales que nos acompañaron en esta etapa, aportando a nuestra formación profesional como humana.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, expresamos nuestro agradecimiento al docente Ángel Miro López Marulanda por la confianza que depositó en nosotras al sugerirnos este trabajo de investigación y sumergirnos en el maravilloso mundo de la sistematización; agradecemos también su paciencia y esas tantas horas que nos dedicó en las asesorías donde recibimos las orientaciones para el desarrollo y culminación de la presente investigación.

Así mismo, agradecemos también a la docente Lucelly Ríos Gómez por abrirnos las puertas en el municipio de El Retiro Antioquia, lugar en el cual se realiza la investigación. También queremos agradecer a cada uno de los profesionales que conformaban el equipo interdisciplinario y de manera muy especial a la psicóloga Maryuri Ramírez por su colaboración y disponibilidad durante el proceso.

Finalmente, deseamos agradecer a las personas adultas mayores y a sus familias que participaron y nos abrieron las puertas de sus casas y de sus corazones, pues sin su colaboración no hubiera sido posible la realización de la investigación. Con la cual se pretende sea un referente para el departamento de Antioquia y profesionales de áreas afines, contribuyendo así en el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de la población adulta mayor dependiente y semi dependiente.

CONTENIDO

<i>1. DISEÑO CONCEPTUAL</i>	20
1.1. Antecedentes	20
1.2. Planteamiento del Problema.....	23
1.3. Pregunta de Investigación	25
1.4. Justificación.....	26
1.5. Objetivos	29
1.5.1. Objetivo general.....	29
1.5.2. Objetivos específicos	29
<i>2. MARCO TEÓRICO</i>	30
2.1 Antecedentes	30
2.1.1 Antecedentes de contexto.....	30
2.1.1.1 Objetivos del programa AD “Acompáñame”	31
2.1.1.2 Estrategias	32
2.1.1.3 Indicador De Éxito	34
2.1.1.4 Población Objetivo.....	35
2.1.1.5 Metodología	35
2.1.2 Antecedentes investigativos.....	41
2.1.3 Antecedentes normativos	43
2.1.3.1 Normas internacionales.....	43

2.1.3.2 Normas nacionales	48
2.2 Bases teóricas	52
2.2.1 Gerontología.....	52
2.2.2 Envejecimiento y vejez	53
2.2.3 Envejecimiento activo	55
2.2.3.1. Estilos de vida saludable o hábitos saludables	57
2.2.3.2. Estereotipos	58
2.2.4 Calidad de vida.....	61
2.2.4.1 Factores asociados a la calidad de vida en el adulto mayor	62
2.2.5 Interdisciplinariedad.....	63
2.2.5.1 Desafíos del trabajo interdisciplinario	64
2.2.6 Atención integral.....	65
2.2.7 Atención centrada en la persona (ACP).....	70
2.2.7.1 Objetivos de la ACP.....	72
2.2.7.2 La influencia del ambiente físico en el bienestar	72
2.2.8 Redes de apoyo social.....	74
2.2.8.1 Definiciones de autores destacados en el tema	74
2.2.8.2 Clasificación de las redes de apoyo	76
2.2.9 El cuidado y el cuidador del AM	77
2.2.9.1. Tipos de cuidadores.....	78
2.2.9.2. Perfil del cuidador	78
2.2.9.3 Principales cambios en el cuidador	79
3. <i>DISEÑO METODOLÓGICO</i>	81

3.1. Enfoque: sistematización	81
3.2. Ámbito de estudio	83
3.3. Participantes	85
3.3.1. Criterios de inclusión	85
3.3.2. Criterios de exclusión.....	86
3.4. Referentes Éticos.....	87
3.5. Procedimientos en los Instrumentos de Recolección de Información	88
3.5.1. Procedimientos de acercamiento institucional.....	88
3.5.2. Procedimiento de acercamiento poblacional.....	89
3.5.3. Instrumentos de recolección de información	90
3.5.3.1 Entrevista a profundidad	90
3.5.3.2. Grabaciones y Registros fotográficos	92
3.5.3.3. Análisis de Historias Clínicas	93
3.5.3.4. Análisis de Historias Gerontológicas.	94
3.6. Procesamiento de la Información.....	96
3.6.1. Proceso histórico del programa Atención Domiciliaria “Acompáñame” a partir de la línea del tiempo	96
3.6.2. Mecanismos y protocolos de intervención durante la implementación del programa	100
3.6.3. Autopercepción y experiencias de la atención integral con relación a la salud de los usuarios del Programa AD Acompáñame	108

3.6.4. Autopercepción y experiencias de la atención integral por parte del familiar y/o cuidador del Programa AD Acompáñame.....	114
3.6.5. Redes de Apoyo Socio familiar.....	119
3.6.6. Logros, dificultades y aprendizajes del proceso evolutivo del Programa AD Acompáñame	120
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>126</i>
<i>SUGERENCIAS</i>	<i>133</i>
<i>APENDICES</i>	<i>136</i>
<i>REFERENCIAS</i>	<i>156</i>

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Perfil ingreso al Sistema	32
Ilustración 2 Registro en Base de Datos	33
Ilustración 3 Formulario de Registro	34
Ilustración 4. Escudo del Municipio de El Retiro Antioquia	83
Ilustración 5. Bandera del Municipio de El Retiro Antioquia	83
Ilustración 6. Número de Personas de 60 años y más, por cada 100 menores de 15 años	109

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Total Población vs Población adulta mayor	85
--	----

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tipo de atención y tareas domiciliarias.....	68
Tabla 2. Características de la intervención	70
Tabla 3. Definiciones de autores destacados en el tema	74
Tabla 4. Rango de edades de adultos mayores.....	110
Tabla 5. Frecuencia absoluta de ocupación.....	111
Tabla 6. Frecuencia absoluta situación familiar.....	111
Tabla 7. Frecuencia absoluta Familiar y/o Cuidador	112
Tabla 8. Frecuencia absoluta Cuidador Externo	112
Tabla 9. Rango de edades de los cuidadores.....	115
Tabla 10. Frecuencia absoluta de tiempo de asistencia.....	115
Tabla 11. Frecuencia absoluta de parentesco con el adulto mayor	116

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice 1 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN EL PROGRAMA AD ACOMPAÑAME DESDE SUS INICIOS.....	136
Apéndice 2 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA PROFESIONALES QUE PARTICIPAN ACTUALMENTE EN EL PROGRAMA AD ACOMPAÑAME	138
Apéndice 3 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA USUARIOS ADULTOS (AS) MAYORES QUE PERTENECEN AL PROGRAMA AD ACOMPAÑAME.....	140
Apéndice 4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA FAMILIAR Y/O CUIDADOR PRINCIPAL.....	142
Apéndice 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	144
Apéndice 6 HISTORIA GERONTOLÓGICA.....	145
Apéndice 7 HISTORIA DE PSICOLOGÍA.....	152
Apéndice 8 HISTORIA DE ENFERMERÍA.....	154

RESUMEN

En el municipio de El Retiro - Antioquia (Colombia) se viene desarrollando desde el año 2013 un programa, a través del programa Adulto Mayor, que tiene como objetivo principal la atención domiciliaria de las personas mayores dependientes o semi dependientes y sus cuidadores y/o familiar, que responde al nombre de Programa de Atención Domiciliaria “Acompáñame”. El presente trabajo de grado ha sistematizado el proceso de intervención y protocolos del equipo interdisciplinar, y la manera como este identifica la autopercepción de la atención integral y la interdisciplinabilidad, al igual que, los logros, dificultades y aprendizajes durante el desarrollo del programa desde sus inicios hasta la actualidad, utilizando la metodología de la investigación cualitativa, aplicando criterios de inclusión y exclusión a los usuarios adultos del programa y rescatando también, la voz de los distintos actores (profesionales y cuidadores) a través del uso de la herramienta de la entrevista en profundidad.

Los elementos objetivos e intrínsecos que fueron rescatados durante la investigación, condujeron a concluir que la atención integral a domicilio por parte de un equipo interdisciplinario, visibiliza a la persona mayor dependiente o semi dependiente y aporta mejoramiento a su calidad de vida, al igual que a su cuidador principal y/o familiar, ofreciendo conocimiento y fortalecimiento a las distintas redes de apoyo de la población mayor dependiente o semi dependiente.

Palabras Clave:

Sistematización de experiencias, Atención integral, Atención centrada en la persona, Percepción de la atención y cuidado.

Experience systematization. Integral attention. Attention centered on the person. Attention and care perception.

SUMMARY

In the municipality of El Retiro – Antioquia (Colombia), since 2013 a program has been under development, through the Adulto Mayor program, whose principal objective the domiciliary attention of elderly adults, dependent or semi-dependent, and their caretakers and/or family, that is called Programa de Atención Domiciliaria “Acompáñame”, (Domiciliary Attention Program “Accompany Me”). This degree work has systematized the process of intervention and interdisciplinary team protocols and the manner in which it identifies the self-perception of integral attention and interdisciplinarity, as well as the achievements, difficulties and the lessons learned during the development of the program since its beginnings up to now, using the methodology of qualitative investigation, applying inclusion and exclusion criteria to the adult users of the program, and rescuing as well the voice of the different actors (professionals and caretakers) through the use of the tool of deep interview.

The objective and intrinsic elements that were identified during the investigation, led to the conclusion that domiciliary integral attention on behalf of an interdisciplinary team, makes visible the dependent or semi-dependent elderly adult and provides an improvement to their quality of life, as well as to the principal caretaker and/or family member, offering knowledge and strengthening the different networks of support of the dependent or semi-dependent elderly adult population.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el acompañamiento a personas mayores a domicilio, es ofrecido con mayor frecuencia por las empresas privadas que prestan este servicio, no obstante, a nivel público, se ha venido fomentando el desarrollo de programas que atienden al adulto mayor en sus hogares, como el caso del Programa AD Acompáñame, ofrecido por la administración del municipio de El Retiro – Antioquia.

En los fundamentos de la administración pública, las organizaciones y asociaciones inclusive de las entidades privadas, su objetivo es el de buscar un bienestar de la población mayor dependiente o semi dependiente, con conocimiento, que las principales dificultades son las pensiones, pobreza y crisis económica, la soledad, maltratos, ley de dependencia aplicada de manera incompleta, desprotección jurídica, inseguridad, y el pago por la medicación.

Los anteriores problemas se ven reflejados ante las atenciones de las necesidades básicas como la salud, el personal médico y asistencial cuando se requiere de manera ambulatoria o prioritaria, y en vista de ello, la administración del municipio de El Retiro – Antioquia, desarrolló el programa AD Acompáñame desde el año 2013, el cual, ofrece unas estrategias claras para el acompañamiento domiciliario continuo, de las personas mayores dependientes o semi dependientes al igual que a sus familiares y/o cuidador principal.

El programa ha generado en sus usuarios y familias, una sensación de bienestar social, ofreciendo un mejoramiento en el estado de ánimo de las personas, sintiéndose importantes y visibilizados ante la sociedad, así mismo, favoreciendo la salud física y psicológica tanto del adulto como del cuidador, a través de la aplicación de los objetivos del programa.

Es así como este trabajo de grado, sistematiza los diferentes aspectos de la implementación del programa desde sus inicios hasta la actualidad, mostrando a través de su desarrollo, experiencias de sus diferentes actores, que han contribuido en la construcción sólida del programa para su aplicación a la población mayor con personas mayores dependientes o semi dependientes en sus domicilios, generando conocimiento para ofrecer mejor calidad de vida a esta población , y brindando una guía a estudiantes y profesionales en Gerontología, y profesionales de diferentes áreas de la salud.

1. DISEÑO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes

El programa AD Acompáñame (Atención Domiciliaria Acompáñame) nace por el cuestionamiento que se hizo el señor Elkin Darío Henao (alcalde del Municipio de El Retiro en el período 2012 – 2015) por la baja calificación que recibió el municipio en la ejecución del programa Colombia mayor dado que muchos adultos mayores no estaban cobrando el subsidio; propuso a los funcionarios de la alcaldía que se desplazaran hasta la vivienda del adulto mayor con un poder notarial, para ello dispuso de la logística requerida para la consecución de los poderes notariales de cada uno de los adultos mayores ubicados en las veredas zona Sur, donde se pudo constatar la presencia de adultos mayores enfermos en condiciones precarias de salud. (Pineda, 2019)

Cuando se hacían las visitas para obtener los poderes, las personas adultas mayores solicitaban más tiempo de acompañamiento, pero dado a la cantidad de personas adultas mayores que debían visitar, el tiempo era muy reducido y fue así como se vio la necesidad del programa AD Acompáñame.

Otro de los aspectos que tuvo influencia en la creación del programa, fue el cuestionamiento del por qué los adultos mayores no estaban acudiendo a las actividades que ofrecía el programa Adulto Mayor. Algunos no acudían porque no les gusta, preferían estar en sus casas, y otros porque las condiciones de salud no se los permitía (Pineda, 2019). Se pensó en por qué no llegar a esas personas adultas mayores que están en casa, que a diferencia de los que están en condiciones óptimas de salud tienen actividades (del INDER, de la casa de la cultura, de casa del adulto mayor, de hospital, entre otros). Estos se sentían abandonados, desde ahí surgió la idea del poder asistir a estas personas adultas mayores.

La necesidad del programa fue identificada en el año 2012, en el gobierno del señor Elkin Darío Villada Henao, y en el 2013 se maduró la idea con la gerontóloga Maribel y se empezó a ejecutar en el año 2014; en ese mismo año se comenzó a asistir con una profesional en gerontología, un auxiliar de enfermería, y una psicóloga. El programa inició con una base de datos de 60 adultos mayores distribuidas en todas las veredas del municipio.

Las patologías más frecuentes en los adultos mayores al inicio del programa fueron muy diversas, se encontró Alzheimer, secuelas de aneurismas, demencia senil, además, algunos adultos mayores con patologías menos graves pero muy solos, donde era el esposo y la esposa, no tenían quien los cuidara; algunas personas adultas mayores no permitían que las familias les hicieran acompañamiento, lo que complicaba más la situación.

Posteriormente se conformaron grupos gerontológicos con la finalidad de hacer reconocimiento de la población adulta mayor, luego se describió el estado de salud tanto física como mental en que se encontraban; el grupo interdisciplinario dependiendo de las patologías encontradas priorizaba casos, de este modo, el programa AD “Acompáñame” benefició a todos los adultos mayores pertenecientes al Municipio de El Retiro; es decir, aquella persona con 60 años de edad o más, o mayor de 55 cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen Ley 1276 de 2009 (MinSalud, 2009); personas mayores con movilidad reducida, estado de abandono y vulnerabilidad, diagnosticadas con patologías altamente incapacitantes o terminales, las que requieren cuidador permanente y se hallen en alguna situación que ponga en riesgo su salud e integridad. (Pineda, 2019).

Los criterios de exclusión con los que inició el programa, y que aún se conservan son: a) recuperación del usuario, b) cambio de domicilio permanente, c) muerte, d) renuncia voluntaria.

La familia de las personas adultas mayores beneficiarios del programa como red de apoyo primaria, suministraban la información a los profesionales que realizaban la evaluación de ingreso, además, se empezó a brindar tics al cuidador que por lo general era un familiar; cuando se encontraron pacientes en cama, los cuidadores se encontraban con problemas de columna, con hernias y con estrés.

Se encontraron cuidadores estresados que ya en ese momento maltrataban a la persona adulta mayor porque se sentían cansados, con el agravante de que, donde eran tantos hijos y tanta familia solamente era un cuidador al pendiente de esa persona adulta mayor. A raíz de estos hallazgos se comenzó a sensibilizar a las familias, se empezó a generar capacitaciones en la casa del adulto mayor para los cuidadores (como cuidar al adulto mayor pero también como cuidarse a sí mismo), con el objetivo de que brindaran un cuidado con calidad.

A los usuarios beneficiarios del programa, se les hace el seguimiento a través de la historia clínica médica y formatos de seguimiento de psicología, auxiliar de enfermería, gerontología y nutrición en cada una de las visitas realizadas.

1.2. Planteamiento del Problema

El departamento de Antioquia ha mostrado un envejecimiento poblacional desde hace 30 años, con un índice de vejez que pasó de 4 a 8, representado en la relación existente desde 1985, donde por cada 100 personas, 4 eran mayores de 64 años, haciendo un salto al 2015, a 8 mayores, sumado a lo anterior, el factor de dependencia del adulto mayor que en 1985 era de un 6.73 a 2015 aumentado en 11.50. (Gobernación de Antioquia, 2015)

“En Colombia el tema de la necesidad de cuidado de las personas adultas mayores ha sido escasamente abordado, las estadísticas de Envejecimiento Demográfico del 2013 dan cuenta de las diferencias en Razón de Dependencia por departamentos en personas mayores de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), también el DANE en su Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad (DANE, 2010) muestra que la población de 60 años y más es la que presenta más dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas (el listado incluye Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)).” (Ministerio de Salud, 2014)

El proyecto surge por la necesidad del municipio de El Retiro a través Centro Día, de sistematizar el programa de atención domiciliaria AD Acompáñame con el fin de plasmar la satisfacción de los usuarios, del grupo familiar y los cuidadores y avances (aciertos y desaciertos en implementación de este) significativos que presentan los adultos mayores pertenecientes al programa. De otro lado no se dispone de experiencias documentadas sobre adultos mayores en Colombia que orienten el cuidado de las personas mayores en dependencia o semi-dependencia y en el cuidado al cuidador. Por tanto, se hace necesario realizar la sistematización de los procesos

que se desarrollan en el programa AD Acompáñame que viene ejecutándose por un equipo interdisciplinario (gerontóloga, psicólogo, médica, nutricionista, fisioterapeuta y auxiliar de enfermería) desde el año 2014.

Esta sistematización está orientada a recolectar la información de conocimientos, experiencias y aprendizajes más significativos de sus distintos actores, teniendo en cuenta también, el cómo y el por qué acontecieron los hechos y la percepción ante los mismos, a través de la clasificación sistematizada que conduce a un análisis constructivo que aportará enseñanzas las cuales, se podrán dar a conocer para fortalecer la atención integral e interdisciplinar a la población adulta mayor.

1.3. Pregunta de Investigación

¿Desde una perspectiva interdisciplinar y de atención integral a la población adulta mayor, qué conocimientos, experiencias y aprendizajes más significativos podrán sistematizarse del programa AD Acompáñame del municipio de El Retiro Antioquia?

1.4. Justificación

“El envejecimiento individual y colectivo no es una ruta por seguir, es un camino por
construir”

H. San Martín

El presente proyecto de investigación se basa en los lineamientos internacionales y nacionales en cuanto a la atención integral del adulto mayor, entre los que se destaca, los entregados por las Naciones Unidas en favor de las personas de Edad, adoptados en la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91), del 6 de diciembre de 1991 (ONU) y según (CEPAL, 2011), donde figura que los países de la región han considerado necesario establecer un marco jurídico que proteja los derechos de las personas mayores para regular la atención integral.

Es así como el gobierno de Colombia, acatando estas directrices, establece la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024, dirigida a todas las personas residentes en Colombia especialmente, a las personas de 60 años o más (Ministerio de Salud, 2014), donde los cuidados y la atención integral del adulto mayor, se encuentran referenciados en el eje de promoción y garantía de los derechos humanos y en el eje protección social integral, en los cuales se basan los diferentes entes territoriales para establecer las políticas públicas de atención y cuidado al adulto mayor.

La idea de la investigación, se centra en que realizando una revisión documental no se han encontrado investigaciones que muestren sistematización de experiencias de programas orientados al cuidado del adulto mayor dependientes y en situación de dependencia y al final de la vida, pero

si se dispone de bibliografía que orienta sobre el tema entre ellos el libro “cuidados al final de la vida” (Carrasquilla, 2013) que contribuye con la orientación para el cuidado al final de la vida.

La importancia de la sistematización se centra en que permitirá medir el impacto del programa en el transcurso del tiempo, la eficiencia del equipo interdisciplinar y la satisfacción del grupo de cuidadores y de adultos mayores vinculadas al programa. Además, se espera que pueda servir de referente para la implementación del programa en otros municipios del país.

En atención a lo expuesto, la sistematización de las experiencias, conocimientos y aprendizajes más significativos, de los distintos actores, del programa AD Acompáñame del municipio de El Retiro, basado en el Plan de Desarrollo 2016-2019 “*Juntos construimos un municipio mejor*”, que ha ofrecido una atención integral en salud a domicilio, desde el año 2014, ofrecerá conocimientos para la ciencia de la Gerontología, por cuanto contribuye a fortalecer el rol del gerontólogo con los equipos interdisciplinarios, frente a la atención integral a las personas mayores, al mismo tiempo, pretende aportar conocimientos a los estudiantes en su formación académica y profesional, insertando estos aprendizajes en la malla curricular y como base de referentes para el ejercicio profesional.

Para llevar a efecto esta sistematización de experiencias, se acudirán a las fuentes de información, tales como, algunos usuarios y profesionales del grupo interdisciplinario, al igual que las familias de los usuarios, y por medio de la aplicación de entrevistas, revisión de archivos y búsqueda documental, se obtendrá los diferentes testimonios de los actores para reconstruir la historia de atención del Plan AD acompañame, seguidamente de la organización y clasificación de dicha información.

Esta sistematización cuenta con los recursos por parte de la dirección local de salud y Casa del Adulto Mayor del municipio de El Retiro, con una amplia disposición por parte de los diferentes actores para alcanzar los objetivos planteados en este proyecto.

Para el desarrollo de este trabajo de investigación y sistematización, se tendrá en cuenta el decreto 1377 de 2013, en el cual se implementará el manual de políticas y procedimiento para la protección de datos personales en el municipio de Medellín, aplicándose los referentes a la privacidad y acuerdos de confidencialidad para el manejo y acceso a la información. También los participantes en esta investigación se acogerán a lineamientos institucionales establecidos sobre la autorización, aplicación y cumplimiento de la Ley de Hábeas Data.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Sistematizar la atención integral e interdisciplinar del programa Atención Domiciliaria Acompañame (AD Acompañame) del municipio de El Retiro – Antioquia, a fin de identificar los conocimientos, experiencias y aprendizajes más significativos en la vigencia año 2019.

1.5.2. Objetivos específicos

Referenciar elementos históricos del programa AD Acompañame del municipio de El Retiro Antioquia.

Describir el proceso de intervención y los protocolos empleados por el equipo interdisciplinar desde los lineamientos del documento de origen y la revisión documental existente en el medio.

Identificar las experiencias y la autopercepción de la atención integral e interdisciplinar en relación a la salud de las personas adultas mayores atendidas por el programa AD acompañame.

Indagar en las redes de apoyo familiar e institucional de la persona mayor los logros, las dificultades y aprendizajes del proceso evolutivo del programa AD Acompañame que se han presentado en el adulto mayor con la atención interdisciplinar.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes de contexto

Como punto de partida para la Sistematización de la Experiencia del Programa AD “Acompáñame”, se tomó el primer documento de trabajo realizado por el equipo interdisciplinario, el cual, actualmente, se encuentra en estado de revisión y ajuste por parte del equipo.

Dentro de la justificación, en este primer documento, argumentan el concepto de vejez desde una perspectiva biologicista, en cuanto que plantean que, el cuerpo o el componente funcional asimila pérdidas neurológicas y fisiológicas asociadas al tiempo, dentro de los cuales, puede considerarse la memoria, la velocidad, las funciones motoras y las funciones visoperceptivas y que estas pérdidas son consideradas irreparables o con una probabilidad de recuperación.

El programa AD “Acompáñame” se remota en el periodo 2014 -2015, el cual, se conformó a través del programa Adulto Mayor de municipio de El Retiro y un grupo de voluntariado de personas jubiladas convocadas por este programa (Adulto Mayor), que en articulación con el equipo de profesionales de la Casa del Adulto Mayor y el IMDER iniciaron el proceso de atención, atendiendo aproximadamente a cuarenta personas adultas mayores y a sus familias las cuales, presentaron violencia intrafamiliar dada las condiciones de vulnerabilidad individual, familiar y/o social en que se encontraban. (Ramírez D. G., 2014)

Dentro de los criterios de exclusión del programa se encuentra el permanente cambio de domicilio, la muerte, la renuncia voluntaria y, la recuperación del usuario. (Ramírez D. G., 2014, pág. 3)

2.1.1.1 Objetivos del programa AD “Acompáñame”

Los siguientes objetivos son copiados textuales del documento del programa, para evitar distorsionar su finalidad.

- **Objetivo general**

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor guarceña que requiere una atención diferencial y de inclusión, al igual que sus familias y/o cuidadores, mediante la estrategia de la atención domiciliaria en la zona rural y urbana del Municipio de El Retiro. (Ramírez M. , 2019)

- **Objetivos específicos:**

- Realizar una valoración del estado de la salud del adulto mayor desde las áreas de Psicología, Enfermería, Gerontología, Nutrición, Medicina y Fisioterapia.
- Educar a los cuidadores frente al cuidado de paciente en cama o con patologías graves.
- Desarrollar actividades de educación sobre el cuidado del cuidador.
- Brindar recomendaciones para el cuidador y paciente desde cada área profesional.
- Reportar casos de vulneración de derechos a los entes encargados.

(Ramírez M. , 2019)

2.1.1.2 Estrategias

Para lograr tener un impacto positivo en el funcionamiento del plan AD Acompáñame en el año 2019, se pretende implementar un programa que permita sistematizar la información detallada de cada paciente desde cada área de atención (Psicología, Enfermería y Gerontología), con el fin de tener un pronóstico claro de la evolución de cada uno, así como la segmentación estadística de las patologías más frecuentes en el adulto mayor y edades más vulnerables.

Para lo anterior cada área tendrá un perfil para ingresar al sistema, que consta de nombre y clave para el ingreso.

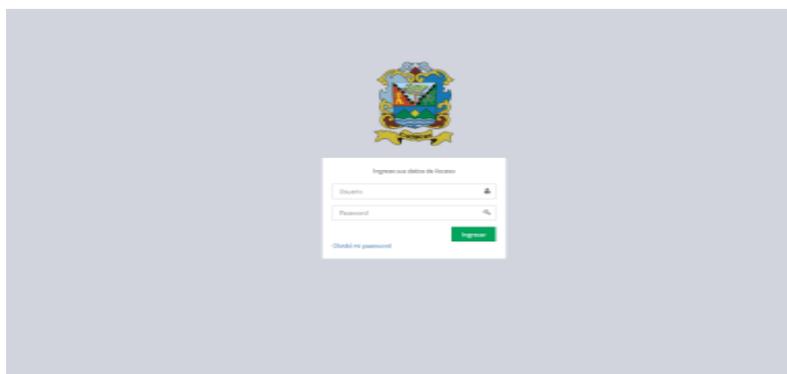


Ilustración 1. Perfil ingreso al Sistema

Fuente. (Ramírez M. , 2019)

En este se ingresa con Usuario y Contraseña que el administrador del sistema le asigne con sus correspondientes credenciales de acceso.

Por consiguiente, para la sistematización de la información se realiza en un primer momento el ingreso del Adulto Mayor al programa ADA, donde desde el área de psicología se realiza la primera entrevista adquiriendo información global del Adulto

Mayor como son: datos personales (identificación, nombres y apellidos, dirección, teléfono, cuidador, etc.).

Posterior a ello se verifica en el botón *Personas*, el registro en la base de datos; en caso de que el Adulto Mayor no se encuentre en el sistema se dará clic al botón verde de *Agregar*.

The screenshot shows the 'Alcaldía de El Retiro' web application interface. The main content area displays a table titled 'Personas' with an 'Agregar' button. The table has the following columns: Opciones, Num.Documento, T.Documento, Nombres, Apellidos, Direccion, Zona, Vereda, Sector, Telefono, Celular, and Estado. There are five rows of data, each with a green 'Activado' status button. The footer of the application shows 'Copyright © 2018 Cel: 3002554836 Todos los derechos reservados.' and 'Version 1.0'.

Opciones	Num.Documento	T.Documento	Nombres	Apellidos	Direccion	Zona	Vereda	Sector	Telefono	Celular	Estado
[Icon]	22089834	CEDULA	MARIA DOLORES	OSPINA HERNANDEZ	EL PARAISO	RURAL	Carrizales		3862082	3862082	Activado
[Icon]	39186752	CEDULA	LAURA MARIA	CASTA	EL PARAISO	RURAL	Carrizales		3862082	3862082	Activado
[Icon]	97080303258	TI	VIVIANA MARIA	ESCOBAR CASTA	EL PARAISO	RURAL	Carrizales		3862082	3862082	Activado
[Icon]	21839847	CEDULA	MARIA CONSUELO	MURILLO DE MARULANDA	EL PARAISO	RURAL	Carrizales		3862082	3862082	Activado
[Icon]	71786730	CEDULA	HECTOR DE JESUS	CASTA	EL PARAISO	RURAL	Carrizales		3862082	3862082	Activado

Ilustración 2. Registro en Base de Datos

Fuente. (Ramírez M. , 2019)

En caso de que el usuario no se encuentre en la plataforma, se diligencia la información solicitada en el formulario que se presenta a continuación:

Ilustración 3. Formulario de Registro

Fuente. (Ramírez M. , 2019)

Luego, se da ingreso al programa ADA, al Adulto Mayor en el botón *Ingreso ADA* con el botón verde *Agregar*.

Cabe resaltar que cada área anteriormente mencionada tendrá su botón de acceso donde diligenciará la información de acuerdo a sus necesidades. (Ramírez M. , 2019)

2.1.1.3 Indicador De Éxito

Para garantizar el éxito del programa, se pretende para el año 2019 mantener una base de datos mínimo de 80 adultos mayores. (Ramírez M. , 2019)

$$\text{Personas atendidas: } \frac{N^{\circ} \text{ de personas programadas}}{N^{\circ} \text{ de personas atendidas}} * 100$$

2.1.1.4 Población Objetivo

Serán beneficiarios todos los adultos mayores pertenecientes al municipio de El Retiro, es decir, aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más, o mayor de cincuenta y cinco (55), cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen. (*LEY 1276 DE 2009*); que se encuentren con movilidad reducida, estén en estado de abandono y vulnerabilidad, estén diagnosticados con patologías altamente incapacitantes o terminales, necesiten cuidador permanente o se hallen en alguna situación que ponga en riesgo su salud e integridad. (Ramírez D. G., 2014)

2.1.1.5 Metodología

Se realizará atención domiciliaria a los adultos mayores dependientes y semi independiente, desde las áreas de Psicología, Enfermería, Gerontología, Fisioterapia, Nutrición y Medicina de la siguiente manera:

- Psicología
 - Se realiza visita de valoración inicial, donde se llenará una ficha clínica con antecedentes patológicos personales y familiares e historia personal del paciente. Además, se evalúa la parte emocional y cognitiva (aplicando el EXAMEN MINI MENTAL STATE)
 - Se formula un plan de acción de acuerdo a los hallazgos de la visita de valoración, enfocándose en las necesidades de cada paciente y sus cuidadores.

- Se brinda herramientas de trabajo en casa para pacientes que lo requieran (en especial cuando se trata de trabajo cognitivo)
- Se proporciona psicoeducación al cuidador y/o familia frente a los factores protectores y de riesgo en la salud mental.
- Se realiza remisiones en caso de observar vulneración de derechos hacia el adulto mayor.
- Se realiza una reunión mensual con el equipo interdisciplinario para estudiar cada uno de los casos y verificar la evolución de los pacientes atendidos.
- Se brinda dos capacitaciones en el año a los cuidadores, para educar sobre el manejo de pacientes y de sí mismo en el ámbito de salud mental.
(Ramírez M. , 2019)

- Enfermería

Se elabora un Plan de Atención de Enfermería Individualizado en función de los problemas identificados y se ofrece la primera capacitación personalizada al cuidador.

Se realiza los siguientes pasos:

- Informar al paciente y familia sobre sus problemas de salud y complicaciones potenciales.
- Se Proporciona Medidas de prevención y complicaciones
- Medidas de tratamiento para aumentar el bienestar

- Educar al paciente y familia: sobre higiene, alimentación, movilidad y ejercicio
- Se realiza visita de seguimiento donde se valora la evolución y se tiene en cuenta:
 - El grado de satisfacción de las necesidades captadas en las anteriores visitas
 - Detección de nuevas necesidades
 - Se realiza un examen físico donde se verifica el estado del paciente en aspectos como la piel, medicamentos y atención brindada por los cuidadores.
 - Se realiza toma de signos vitales
 - Se reitera los cuidados que se debe tener en cuenta con el paciente y se proporciona recomendaciones al cuidador
 - Se realiza seguimiento constante de acuerdo a la necesidad del paciente. (Ramírez D. G., 2014)

- Gerontología

Objetivos del Protocolo:

- Estandarizar la intervención del profesional en Gerontología en el programa acompañame.
- Visibilizar la intervención del profesional en Gerontología en el equipo interdisciplinar del programa.
- Optimizar la intervención del profesional en Gerontóloga

Para la atención de las personas mayores vinculadas al Programa Acompaña el profesional en gerontología tendrá en cuenta el siguiente protocolo:

- Realiza el ingreso al programa Acompañame a través de la técnica de entrevista (Ficha de visita domiciliaria)
 - Realiza la valoración gerontológica, en la cual se evalúa el aspecto biológico, clínico, psicológico, sociológico y económico de la persona adulta mayor.
 - Realiza la evaluación funcional y actividades de la vida diaria AVD, verificando el grado de independencia de la persona mayor. (Instrumento Índice de Barthel- WHODAS)
 - Verifica junto a la persona mayor su historia clínica
 - Registra la evolución de la persona mayor
 - Verifica si hay maltrato
 - En caso de que se detecte el maltrato o abandono por parte de su grupo familiar se convoca a la familia- y se deja acta.
 - Se realiza seguimiento; en caso de que la familia no responda se remite a Comisaría de Familia para la Restitución de Derechos.
 - Mide el nivel de carga en las labores del cuidador utilizando la escala de Zarit, para prevenir posibles malas condiciones de salud derivadas de una labor excesiva.
 - Hacer recomendaciones de forma oral a la persona adulta mayor y/o al cuidador dependiendo de los hallazgos durante la realización de la visita,

con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto mayor y/o el cuidador.

- Realiza seguimiento a cada uno de los Adultos Mayores acorde a la situación.
- Favorece la comunicación con el equipo multidisciplinar
- Orienta la Red de apoyo para el cuidado y apoyo en el desarrollo de la atención a las personas mayores en situación de dependencia o semi-dependencia del Programa.

Técnicas que se utiliza:

- Entrevista
- Visita Domiciliaria
- Terapia Narrativa
- Terapia familiar
- Talleres de Sico educación
- Talleres ocupacionales
- Documentación y registro de la información
- Evaluación

(Gómez, 2019)

- Nutrición y Medicina

Objetivo General:

Ofrecer a la población adulta mayor del Municipio del Retiro, atención del sector salud en el campo de Medicina General, Nutrición y enfermería para impactar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y a su vez dar seguimiento a enfermedades crónicas no transmisibles, por medio de visitas asistenciales y talleres de formación, todo esto con una vigencia del año 2019.

Objetivos Específicos:

- Ofrecer atención médica y nutricional a la población adulta mayor para garantizar una atención integral, con el fin de mejorar la calidad de vida.
- Brindar a los adultos mayores talleres educativos que permitan crear conocimientos sobre el cuidado de la salud, prevención y/o manejo de enfermedades crónicas no transmisibles y de esta manera dar elementos necesarios para el autocuidado.
- Educar a los adultos mayores y a sus cuidadores sobre temas relacionados con la adultez y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, con lo que se busca crear conciencia de cambios fisiológicos que se presentan y cuidados a tener en cuenta para mantener un adecuado estado de salud.

Paso a paso de las visitas domiciliarias

- Se realiza presentación del equipo (médico general, nutricionista).
- Se realiza interrogatorio de datos generales (edad, patologías de base, datos bioquímicos recientes).
- Revisión clínica y diagnóstico.
- Retroalimentación de la atención.
- Remisión si es necesario.

- Recomendaciones y signos de alarma. (Jenny Monsalve Vásquez; Julián Rendón Fonnegra, 2019)

2.1.2 Antecedentes investigativos

Se identificaron dos investigaciones referentes al tema del trabajo en contexto internacional y nacional:

Investigación 1: El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo. Algunos elementos para el debate.

Esta investigación, fue realizada por la Dra. Karina Batthyány (Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de la República, Montevideo), cuyos propósitos fueron, caracterizar las familias con adultos mayores de 65 años en Montevideo y analizar el servicio formal e informal disponible de origen público o privado, prestado a esta población y las estrategias a través de las cuales, se responsabilizan del cuidado de los usuarios.

Su hipótesis de investigación, se basó en el fenómeno del envejecimiento poblacional en Uruguay, país que presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina. Este registro de envejecimiento está acompañado de un índice de enfermedades, que hacen dependientes a la población adulta mayor, dificultando la atención en lo que respecta en el cuidado de las personas mayores dependientes.

Es así como la investigación en referencia, tomó como base una publicación hecha en el año 2005 sobre el cuidado de los adultos mayores, donde un 40% le asignaba al Estado este compromiso, donde tres habitantes de uno, de la ciudad de Montevideo responsabilizaba a la familia y al Estado, y un 28% garantizaba este cuidado exclusivamente a las familias.

Para llevar a efecto la investigación se hizo uso de entrevistas a familias, entrevistas que fueron analizadas y sistematizadas por la autora de la investigación; La autora también expuso sus conclusiones sobre el trabajo realizado, las cuales, sirvieron como base para presentar una serie de estrategias que fueron aplicadas en los hogares de Montevideo:

- Solidaridad y altruismo: existencia de un cuidador principal.
- Contratación de servicios: existencia de cuidado formal en el hogar.
- Redes informales y familiares: existencia de cuidado informal externo al hogar.
- Auto cuidado del adulto mayor y apoyo de las redes de pares.

(Batthyány, 2008)

Investigación 2: Estudio de investigación socio sanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes.

Dada a la importancia que tienen las personas cuidadoras en la vida de las personas mayores dependientes, la Sociedad Española de Geriatria y gerontología en colaboración de LINDOR (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y LINDOR), realizaron el estudio de investigación con la finalidad de mostrar la importancia y el valor de las personas cuidadoras, tanto profesionales como aquellos que iniciaron los cuidados con un familiar o con una persona cercana.

Para la realización del estudio de la investigación tomaron una muestra total de 820 cuidadores en comunidades autónomas de Valencia, Extremadura, Galicia, Navarra, Madrid, Cataluña, Asturias, País Vasco, La Rioja, Baleares, Murcia, Castilla la Mancha, Andalucía, Castilla y León, Cantabria, Canarias y Aragón en el cual concluyeron que, el perfil del cuidador está definido en un 80,5% por mujeres entre 31 y 60 años de edad, en su mayoría (88%) con

estudios secundarios o superiores, donde el 63,5% además de brindar cuidado ejerce otra labor adicional de las horas dedicadas al cuidado, en el cual recibe una ayuda complementaria del 69%.

Por otro lado, las personas adultas mayores dependientes que reciben cuidado, en su mayoría (72%) tienen un nivel económico medio y medio –bajo. Presentan un alto grado de dependencia para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, como lo son: 1) la higiene en un 84,5%; 2) vestido con un 82,5%; 3) limpiar el hogar un 71,5%. Se resalta además que el 90% de estos presentan necesidades afectivo – relacional.

En cuanto las personas que se desempeñan como cuidadoras, el 54,5% manifiestan haber sufrido cambios en su tiempo libre, en la vida familiar y en las relaciones familiares. Además, se concluyó que, el cuidar afecta el estado de salud del cuidador en un 57,5%, donde el 81,5% presenta cansancio y fatiga, el 78,5% presenta síntomas de estrés y el 7,5% presenta dolor de espalda y articulaciones.

La salud mental también se ve comprometida, los cuidadores presentan ansiedad, frustraciones e impotencias, irritabilidad y enfado y, depresión y tristeza; sienten la necesidad de poder tener más tiempo para sí mismos para cuidarse, hacer ejercicio y demás actividades.

Finalmente, el 92,5% de los cuidadores de personas adultas mayores dependientes aprecian su labor y les gustaría tener un cuidador si llegaran a necesitarlo.

2.1.3 Antecedentes normativos

2.1.3.1 Normas internacionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos

Es el resultado de un ideal común de todos los países, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas; en esta se consagran los derechos de todo ser humano sin ninguna discriminación, enmarcando un hit

o en la historia de los derechos humanos. (NACIONES UNIDAS)

- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer

Se da tras la necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad. Además, hace especial énfasis en que se debe garantizar la protección de la mujer durante su vejez. (NACIONES UNIDAS).

- Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento

Este plan se da tras la preocupación común de diferentes países por el creciente número de personas adultas mayores, ya que, trae consigo desafíos, retos y consecuencia, pero también posibilidades de aprovechamiento del potencial de estas personas para disminuir los factores negativos.

El Plan de Acción permite la formulación y aplicación de políticas para la realización de las personas adultas mayores como individuos, a fin de que, espiritual y físicamente, disfruten de manera plena y libremente de sus años avanzados en paz, salud y seguridad. (Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento, 1982).

Además, se resalta que, a medida que aumenta el número de personas mayores de edad que se han beneficiado tradicionalmente de los cuidados y la protección de sus familiares y de la comunidad, será cada vez más difícil mantener. Al mismo tiempo que se experimenta un cambio radical en muchas regiones del mundo las estructuras que tradicionalmente han suministrado protección, tales como las familias grandes. (Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento, 1982)

Finalmente, recomienda que:

- Los cuidados tendientes a compensar las incapacidades, reeducar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad de las personas y que les ayuden a reorientar sus esperanzas y proyectos, y las tendientes a la curación. (Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento, 1982, pág. 22)
- La atención de las personas mayores de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. Por consiguiente, la atención sanitaria debe hacer participar a todo el sector sanitario y social y a las familias en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de edad. (Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento, 1982, pág. 22)

Conferencias intergubernamentales

- Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Santiago de Chile, Chile del 19 al 21 de noviembre de 2003.

La primera Conferencia Intergubernamental, se desarrolló basada en el Plan de Acción de Madrid, el cual dirigió la necesidad de la participación del estado en el cuidado a largo plazo, de las personas mayores, según los artículos 13, 14, y 15 de la declaración política, resaltando la prioridad de la promoción de la salud y el bienestar en la vejez según numeral 2. Esta primera conferencia presentó dentro de sus ponencias el “cuidado de largo plazo para personas mayores con discapacidades”, definido el cuidado a largo plazo por la OMS, como un sistema de actividades

que realiza la familia, vecinos, amigos u otros grupos, para ofrecer calidad de vida y dignidad humana a la persona dependiente

Entre la responsabilidad del Estado figura la promoción de los derechos de las personas mayores con discapacidad, reduciendo las injusticias en la asistencia sanitaria, promover programas de acuerdo a las necesidades específicas y proporcionar cuidados a largo plazo. Ya en lo que concierne al sistema aplicado en la comunidad para la atención de personas mayores con discapacidad, está dirigido a prevenir la institucionalización, promover la rehabilitación y controlar enfermedades crónicas, con una participación activa de la familia, el profesional y la comunidad. (Naciones Unidas, Cepal, 2003)

- Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Brasilia, Brasil del 4 al 6 de diciembre de 2007

La conferencia intergubernamental de Brasilia, se desarrolló basada en el principio de “una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos”, aplicando el Plan de Acción de Madrid sobre el envejecimiento.

(Cepal, 2007)

La declaración de Brasilia, presenta varios numerales dedicados al tema del cuidado entre los cuales se encuentran:

Numeral 4: Apoyar las personas mayores con discapacidad, intervenir en la prevención y atención para mejorar servicios de cuidado, rehabilitación y tratamientos.

Numeral 5: Apoyo, cuidado y tratamiento especial a personas mayores que presenten VIH/SIDA, al igual que a sus familias.

Numeral 15: Brindar a los adultos mayores cuidados paliativos en fase terminal de enfermedades, al igual que apoyo a familiares, por parte de profesionales competentes y sensibles.

Numeral 16: Permitir un envejecimiento digno en especial, a las mujeres que desarrollan tareas de cuidado.

- Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento:

Es el producto de la tercera conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. La carta se constituye en la contribución al 51 periodo de sesiones de la Asamblea de Naciones Unidas. En esta, los países miembros se comprometen a proteger y promover los derechos humanos. (CEPAL, 2012).

- Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Asunción, Paraguay, del 27 al 30 de junio de 2017

En la Declaración de Asunción se registraron dos numerales concernientes al cuidado: Numeral 9: Induce a los estados a proporcionar salud integral, cuidados y protección social a la población adulta mayor.

Numeral 21: Incita a los gobiernos para que implementen políticas y programas que estén direccionados a el cuidado, cuidados paliativos y tratamientos a enfermedades no transmisibles, promocionando un envejecimiento saludable con mejora en la calidad de vida.

(Naciones Unidas, Cepal, 2017)

- Los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad

Los principios fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Estos deben ser incorporados en los programas nacionales por parte de los diferentes gobiernos. Dentro de los principios se encuentra: 1) la independencia, esta hace énfasis en el acceso a la atención adecuada; 2) la participación; 3) el cuidado, este resalta el acceso de la persona adulta mayor a los servicios de atención de salud que les ayude a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad; 4) la autorrealización; y 5) la dignidad. (UNITED NATIONS - AGEING , 1999)

2.1.3.2 Normas nacionales

- Ley 1251 de 2008

Por medio de la presente ley, se dictan normas tendientes a procurar la protección, la promoción y defensa de los derechos. En su artículo 5, se enuncian los derechos que el estado e conformidad al artículo 13 de la constitución política, brindará especial protección a las personas mayores que en virtud a su condición económica, física o mental se encuentran marginados y bajo circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta. (CONGRESO DE COLOMBIA , 2008)

Así mismo, en su artículo 6 se enuncian los deberes que el estado, la sociedad civil y la familia deberán tener para con las personas mayores.

Teniendo en cuenta la temática de la presente investigación los deberes relacionados son:

- El Estado
 - Proteger y restablecer los derechos de las personas mayores cuando estos han sido vulnerados o negados.

- generar espacios de concertación, participación y socialización de las necesidades, experiencias y fortalezas de las personas mayores. (CONGRESO DE COLOMBIA , 2008)

- De la sociedad

- Reconocer y respetar los derechos de las personas mayores.

- Denunciar cualquier acto que atente o vulnere los derechos de las personas mayores.

- Contribuir en la vigilancia y control de las acciones dirigidas para las personas mayores. (CONGRESO DE COLOMBIA , 2008)

- De la familia

- Reconocer y fortalecer las habilidades, competencias, destrezas y conocimientos las personas mayores.

- Propiciar a la persona mayor un ambiente de amor, respeto, reconocimiento y ayuda.

- Proteger a la persona mayor de todo acto o hecho que atente o vulnere los derechos, vida, integridad, honra y bienes.

- Brindar apoyo y ayuda especial al adulto mayor en estado de discapacidad. (CONGRESO DE COLOMBIA , 2008)

- Constitución política de Colombia de 1991

En su artículo 46 señala que, “el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverá su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.” (CONGRESO DE COLOMBIA , 1991)

- Ley 687 de 2001

Por medio de la cual se modifica la ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establecen sus destinaciones y se dictan otras disposiciones.

(CONGRESO DE COLOMBIA , 2001)

- Artículo 46 de la Constitución de 1991

El Estado, la sociedad y la familia son los responsables de la protección y asistencia de las personas mayores, y el Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. (Saldarriaga Concha, 2015, pág. 26)

- Ley 1315 de 2009

Establece condiciones mínimas que dignifican la estadía de las personas mayores en los centros de protección, centro día e instituciones de atención, relacionadas con las restricciones en el ingreso a las instituciones, requisitos para la instalación y funcionamientos de los centros de Protección social Vida, dirección técnica, recursos humanos y régimen de transición. (Saldarriaga Concha, 2015, págs. 26-27)

- Ley 1413 d 2010 Artículo 7

Planea, diseña, aplica y actualiza la Encuesta de Uso del Tiempo, con el fin de obtener información sobre Trabajo de Hogar No Remunerado (THNR). (Saldarriaga Concha, 2015, págs. 26-27)

- Ley 1733 de 2014

Es denominada la ley de cuidado paliativo, la cual reglamenta el derecho que tiene las personas mayores con enfermedades en fase terminal, crónica, degenerativa e irreversible en cuidados paliativos que mejoren la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Adicionalmente, da el derecho a los pacientes de manera voluntaria y anticipada de asistir a tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con el procedimiento terapéutico y no le dé una vida digna al paciente. (consultorsalud, 2014)

- Resolución 2665 de 2018

Deroga la resolución 1015 de 2016 “Documento de Voluntad Anticipada”, definido este como “la expresión autónoma, responsable, libre, espontánea y consciente de la voluntad de someterse o no a medios o tratamientos y procedimientos médicos innecesarios que puedan prolongar su vida”. Esta tiene estrecha relación con la figura del consentimiento informado.

La presente resolución amplía las disposiciones y reglamente parcialmente la ley 1733 de 2014, conocida como la ley Consuelo Devis Saavedra (nombre dado en honor a una mujer que permaneció 14 años en coma), caso por el cual se planteó la posibilidad de regular los cuidados paliativos para enfermedades terminales, degenerativas, crónicas e irreversibles. (consultorsalud, 2018)

- Decreto 1377 de 2013

Reglamenta parcialmente la ley 1585 de 2012, para la protección de datos personales o domésticos, comprendiendo actividades inscritas en el marco de la vida privada o familiar de las

personas naturales. Los datos deberán limitarse a aquellos que sean pertinentes y adecuados para la finalidad requerida, conforme a la normatividad vigente. (Presidencia , 2013)

- Resolución 8430 de 1983

Establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, nombrando un Comité de Ética en investigación, aplicando el manual interno de la institución base, donde se desarrolla el tema de investigación. La investigación en personas discapacitadas, debe cumplir con las disposiciones referidas en la investigación en seres humanos, además de obtener consentimiento informado que ejerza la representación del discapacitado y certificado de un profesional, que demuestre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto. (Minsalud, 1993)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Gerontología

La definición de Gerontología, según (Ballesteros R. F., Gerontología Social, 2009), es el estudio de los procesos que suceden durante el envejecimiento, el estudio propio de la vejez, y del individuo como persona vieja, basándose en la multidisciplinareidad, complementándose desde su parte biográfica, códigos específicos trascendentales y exclusivos de su existencia, tal cual lo expresa (Mercader, 1992).

Es así, como la (Organización Mundial de la Salud, 2015), retomando los diferentes conceptos de la gerontología, la definió, como el estudio de los aspectos sociales, psicológicos y biológicos del envejecimiento, que adopta otras ciencias, para el estudio integral y holístico de las personas mayores.

Dentro de la normatividad de la República de Colombia, según ley 1251 del 27 de noviembre en su artículo 3, define la Gerontología como la “ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales)”. (Minsalud, 2008)

2.2.2 Envejecimiento y vejez

En relación al concepto de envejecimiento se encontró que, es denominado como un proceso de cambios a nivel morfológico y funcional que sucede desde el momento de nacer hasta el instante de fallecer, donde intervienen diversos factores de tipo genético, contextual, ambiental, socio-económicos y de hábitos o estilos de vida (Calenti, 2010), complementándose este concepto con el de (Parra, 2017), quien cita que el envejecimiento también es irreversible, intrínseco, universal y deletéreo.

De esta forma el (Ministerio de Salud, 2019), ha conceptualizado el envejecimiento humano como un proceso complejo, heterogéneo y definitivo, del nacer al morir, que interviene las áreas bio-psicosociales del sujeto, interactuando con lo cultural, económico, social y ecológico de cada individuo.

Las distintas teorías biológicas, psicológicas y sociales sobre el envejecimiento, han sido base para plantear los diversos factores que influyen durante dicho proceso y construir una amplia visión sobre la heterogeneidad del envejecimiento individual y grupal, y por ello, es significativo citarlas a continuación:

Las teorías biológicas sobre el envejecimiento, son configuraciones, que según (Ballesteros R. F., Gerontología Social, 2009) explican dicho proceso, teniendo como base 3 planteamientos principales:

Primer planteamiento: Un organismo experimenta 3 etapas las cuales son crecimiento, desarrollo, madurez y evolución y declive, sucediendo inexorablemente, al no ser por accidente o por defecto biológico.

Segundo Planteamiento: Durante el envejecimiento suceden dos procesos inherentes como ser el declive fisiológico y la considerable presencia de enfermedades.

Tercer planteamiento: Procesos que mantienen vivo al organismo y lo protegen de enfermedades.

A las teorías biológicas se suman las teorías psicológicas, las cuales predicen los cambios psicológicos del sujeto en el tiempo y la edad, tomando como primer planteamiento qué ocurre en el área psicológica durante el crecimiento, estabilidad y el declive. En el segundo planteamiento, donde se hacen diferenciaciones entre las teorías biológicas y psicológicas, y un tercer planteamiento que habla sobre la diferencia que existe entre el declive y deterioro.

Ante los aspectos biológicos y psicológicos del sujeto que envejece, el área social, es consustancial, y por ello, las teorías sociológicas presentan un amplio panorama de estudio sobre el envejecimiento, sugeridas la mayoría de estas teorías, en el interaccionismo simbólico, en la teoría de la estructura social, la desvinculación, de la continuidad, de la subcultura y la modernización. (Ballesteros R. F., Gerontología Social, 2009)

La autora Rocío Fernández Ballesteros, cita en su libro Gerontología Social a Matras (1990), quien resume la visión negativa del envejecimiento y la vejez con las características de disminución fisiológica, mental, dependiente económicamente, con un estrato social disminuido y totalmente aislado de la sociedad. Sin embargo, la visión que se contrapone a los estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez, es que el individuo que envejece, es considerado sabio, con grandes

experiencias, que amerita el respeto social y que alcanza una influencia importante hacia los demás. (Ballesteros R. F., Gerontología Social, 2009)

En cuanto al concepto de la vejez, el Ministerio de Salud del país de Colombia, ofrece una definición clara y concisa, como “aquel último momento del curso de vida humano”. (Ministerio de Salud, 2019)

En la actualidad el tema de envejecimiento y vejez es de gran relevancia a nivel mundial, por el importante envejecimiento socio-demográfico, caracterizado por una esperanza de vida, que ha aumentado entre los años 2000 y 2015, diferenciándose, según el factor económico de cada país, a los avances científicos, culturales y tecnológicos llevados a efecto en los estilos de vida y el comportamiento de las personas. La esperanza de vida al nacer en el año 2015 era de 71 años aproximadamente, pero en países con superior nivel de vida, era de 80 años o más, como en el caso de Japón, Suiza, Italia, España, Francia e Islandia, marcándose una diferencia en África Subsahariana, con una edad inferior a los 60 años (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2016).

En el caso de Colombia, según estadísticas del (Ministerio de Salud, 2018), el 50% de la población mayor a 60 años, se encuentra entre los 60 y 66 años de edad, estimándose para el año 2020 un ascenso en la esperanza de vida de 76,15 años, para los hombres de 73 años y para las mujeres de 79 años. Dicho fenómeno, se ha ido presentando, gracias a los avances científicos, y los hábitos de vida saludable que encierra un envejecimiento activo.

2.2.3 Envejecimiento activo

El término de envejecimiento activo fue propuesto por la (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2015), como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”,

reconociendo seis factores determinantes: Económicos, conductuales, personales, sociales, relacionados con el sistema sanitario y social y el entorno físico, con el objetivo de generar un mensaje claro sobre el envejecimiento saludable, estableciendo la salud, la participación, la seguridad y el aprendizaje continuo como sus cuatro pilares.

Como lo señala (Limón & Ortega, 2011), en su revista de Psicología y Educación, el término activo demarca gran importancia ya que expresa participación del individuo en las diferentes áreas de la vida, lo que conlleva a una eficacia relacionada con las distintas formas de ser activo, ofreciendo nuevas pautas de envejecer proactivamente; pero todo esto, requiere de una sociedad y comunidad que reconozca los derechos de las personas mayores, aceptando la importancia de la intergeneracionalidad y la familia, proponiendo un enfoque integral para contemplar el proceso de envejecimiento desde sus distintos ámbitos y factores.

Así mismo, parte de la estructura del marco conceptual de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024, está compuesta por el envejecimiento activo, referenciado, como una participación activa y continua en las áreas económicas, culturales, sociales, espirituales y políticas, ya que las personas mayores, aún, en situación de dependencia funcional, pueden continuar aportando en forma activa a la sociedad, a las comunidades y a sus familias. Dicha participación activa se logra fortaleciendo ciertos factores como la auto-estima, el optimismo, la resiliencia y la vitalidad durante el ciclo vital, especialmente en la vejez, a través de la implementación de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

De esta manera se muestra que, el envejecimiento activo y saludable comprende diferentes factores, que se hace necesario mejorar, ejerciendo un control sobre ellos, proporcionando los mecanismos indispensables, para generar un mayor y superior control sobre la salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

2.2.3.1. Estilos de vida saludable o hábitos saludables

Para hablar de Estilos de vida saludable es necesario citar la Carta de Ottawa redactada en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1986), en la cual, se conceptualizó como, proveer a los pueblos de los procedimientos y maneras necesarias, para alcanzar una mejora en la salud, ejerciendo un control sobre la misma, con unos pre requisitos tales como: la justicia social, la equidad, educación, alimentación, vivienda, ambiente saludable, la renta y la paz. De esta forma, la mejora de la salud representaría el mejor requerimiento para lograr el crecimiento a nivel social, económico e individual en la calidad de vida.

Un concepto de Estilo de vida fue el presentado por la (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1999), como la “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”. Sin embargo, al no existir un concepto aceptado internacionalmente, sobre estilo de vida saludable, diferentes autores lo han definido como el grupo de modelos de comportamiento que influyen o afectan la salud de las personas. Ahora bien, el estilo de vida saludable está ligado fuertemente al concepto de condiciones de vida que enmarcan la calidad de vida, ya que, dichas condiciones de vida, limitan las diferentes alternativas ofrecidas a la persona por su medio económico, social y cultural.

En virtud de lo señalado, es necesario mencionar los determinantes de la salud, indicados por Marc Lalonde, citados en el artículo de (Aguirre, 2011), quien los divide en dos grupos:

Determinantes sociales, económicos y políticos.

Determinantes de responsabilidad del sector salud (estilos de vida, factores ambientales, biológicos genéticos y atención sanitaria).

En cuanto al país de Colombia, los estilos de vida saludable constituyen la base para la mejora de la salud, siendo el conjunto de hábitos saludables aplicados desde la primera infancia, que subsistan durante todo el ciclo vital, con el propósito de reducir los riesgos de enfermedades y la muerte prematura, dando como resultado un envejecimiento activo saludable. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

2.2.3.2. Estereotipos

Los estereotipos se pueden definir como un conjunto de creencias compartidas sobre las características y atributos de un grupo social determinado (Noguera, Psicología Social, pág. 87).

Tomando como referencia esta definición, los estereotipos asociados a las personas mayores inician con los cambios que a nivel físico, mental y fisiológico en algunas ocasiones, se van dando en ciertas personas mayores, considerando que estos cambios tienen relación con la pasividad, enfermedad, dependencia y aislamiento social. (Amico, pág. 3)

Se encontró la definición dada por Tajfel (1981), quien dividió los estereotipos en dos categorías:

- “Individuales o Psicológicas: Las cuales a su vez se subdividen en cognitivas y motivacionales.
- Sociales: Se subdividen en: Identificación social positiva, justificación de las acciones contra otros grupos y Explicación de la realidad social”.

(Noguera, Psicología Social).

Tomando como base la división dada por Tajfel, en cuanto a la identificación social, el cambio en la identificación positiva social hacia las personas mayores, ha conducido el estereotipo positivo a un estereotipo negativo, sobre los cuales, un buen porcentaje de sociedades, basan la “explicación de la realidad social” actual de la población envejeciente. En el mundo moderno, la tecnología ha logrado avances en la prolongación de la longevidad de las personas, sin embargo este logro, ha tomado por sorpresa a los países del mundo, al no contar aun, con suficientes políticas públicas que generen la seguridad básica de la persona mayor, ante lo cual esta población, se ve guiada hacia la enfermedad temprana y pobreza, impidiendo un envejecimiento activo, creando estereotipos sociales que enmarcan a la persona mayor como enferma, improductiva, no consumidora y pobre. (Minsalud, 2005)

En la investigación teórica, también se encontró una definición interesante llevada a efecto por Judd y Park (1993) sobre los estereotipos, quienes los definieron como “el conjunto de creencias personales de un individuo sobre el grupo, no su conocimiento de los contenidos del estereotipo cultural”. (Cameselle & Domínguez, Psicología social, 2015)

Teniendo en cuenta esta definición, los individuos generalmente a través de su esterotípa, generalizan el estereotipo y deducen que esa es la verdad, sin conocer en realidad lo que encierra el contenido del estereotipo cultural. Como se mencionó anteriormente un estereotipo puede considerarse positivo o negativo, y aunque el sujeto conozca el estereotipo positivo, al sesgar los procesos de atención, la información se puede llegar a considerar inconsistente por lo tanto incongruente, de tal forma que el individuo recordara con mayor facilidad los aspectos que encajen con el estereotipo, que más activo este en su conocimiento sobre un grupo o persona, en este caso sobre la persona mayor o el grupo poblacional envejeciente. (Noguera, Psicología social)

Con las bases teóricas anteriores se puede entender con mayor claridad los estereotipos con los cuales la sociedad define a la vejez y el envejecimiento, y que serán citados a continuación.

Dentro de los estereotipos relacionados con la edad y la salud se encuentra el “Edadismo” definido como “el mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una persona únicamente por el hecho de ser mayor”. Este estereotipo se ha convertido en la tercera causa de discriminación después del racismo y el sexismo, considerado uno de los más difíciles de detectar y que puede estar aún en las propias personas adultas. Ante esta consideración se da la importancia a la investigación en curso sobre la lectura de los estereotipos negativos de la vejez.

El Edadismo conlleva a subvalorar las capacidades de las personas mayores, dirigiéndolas generalmente a una prematura “perdida de independencia, depresión y mortalidad anticipada”, incluyendo aspectos notables tales como la dignidad y la estima personal. (Morales, 2015, pág. 331)

Otros estereotipos detectados sobre el envejecimiento son el del “envejecimiento cronológico” el cual mide al individuo por el número de años; y los estereotipos de “senilidad”, de “la incapacidad de aprender”, de una “vejez desgraciada” la cual generalmente la perciben acompañada de enfermedad y aislamiento. (Care, págs. 10, 11)

También se encuentran el estereotipo referente a “el desinterés por la sexualidad y el viejo verde” generalmente expresado como algo patológico y pervertido. (Fuentes Gómez-Calcerrada, pág. 3)

Investigaciones llevadas a efecto en Davis School of Gerontology and the Department of Psychology at the USC, demostraron que las personas que son sometidas a estereotipos de carácter negativo, son más propensas a sufrir de depresión, e hipertensión. Este fenómeno de los estereotipos, también se citó entre los profesionales de la salud, lo cual llevó a “más del 17 por

ciento de los encuestados a decir que sentían vulnerables a los prejuicios con respecto a la identidad racial, género, estatus, peso o edad”.

El párrafo anterior muestra que aun en personas que tienen una educación superior, está la presencia de estereotipos negativos, incluyendo los estereotipos de la vejez, lo que hace interesante ahondar en esta investigación, sobre la forma de la lectura de los estereotipos negativos de la vejez por parte de los profesionales de la salud. (Newcomb, 2015)

Entre los estereotipos relacionados con la motivación social se encuentran los siguientes: estereotipo de “la improductividad”, a través del cual se considera que la persona mayor deja de ser útil para la sociedad, calificándola como un sujeto no consumista, convirtiéndose en una carga para la sociedad; el estereotipo de “la desvinculación social” caracterizando a la persona mayor como un sujeto que ya no encaja en la sociedad; el estereotipo de la inflexibilidad” conceptuando a la persona mayor como un individuo que no puede modificar su comportamiento para adaptarse a situaciones actuales; El estereotipo de “todos los viejos son iguales”, definiendo a toda la población mayor por igual, es decir homogenizando la población adulta. (Care, págs. 10, 11)

Así mismo, se encuentran los estereotipos relacionados con el carácter y la personalidad se encuentra el estereotipo de “la serenidad”, con el cual es percibido el adulto mayor como un sujeto en estado de completa tranquilidad, sin tener en cuenta las normales deficiencias biológicas que caracterizan a la vejez; también se encuentra dentro de esta relación el estereotipo “del anciano es como un niño” o estereotipo de “la niñez”, calificando a la persona mayor con las características de los niños, y el estereotipo de “gruñones y cascarrabias” que impide una convivencia con las personas de su contexto, siendo personas serias incapaces de sonreír. (Fuentes Gómez-Calcerrada)

2.2.4 Calidad de vida

La calidad de vida es un término extenso y difícil de definir debido a que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Como lo indica (Robledo, 2010, pág. 55) calidad de vida engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de dependencia, las relaciones sociales, creencias personales y las características del entorno. Según la OMS citado por este mismo autor, ha definido por consenso a la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

2.2.4.1 Factores asociados a la calidad de vida en el adulto mayor

Existe una gran variedad en los factores que se asocian a la calidad de vida de las personas adultas mayores.

En un estudio sobre la calidad de vida realizado por la doctora Guillar Castellón y colaboradores, citada por (Robledo, 2010) encontraron que un bajo nivel de escolaridad, obesidad y sedentarismo en mujeres se asoció con menor calidad de vida en 4000 adultas mayores de la comunidad española por medio del instrumento SF-36 se encontró que, mayor de edad, género femenino y bajo nivel socioeconómico se asociaron a menor calidad de vida.

En Colombia, el estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) (Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnológica e Innovación, COLCIENCIAS. , 2016) presenta los resultados de la calidad de vida en la vejez con basa en cuatro categorías de análisis.

- Condiciones socioeconómicas – pobreza
- percepción del envejecimiento y vejez
- salud y funcionalidad

- soporte participación social.

Estos resultados indican que en la mayoría de las regiones la percepción individual sobre la calidad de vida está volcada en tres elementos: la salud, la condición económica y la satisfacción de necesidades básicas, pero la importancia atribuida cambia el orden según las condiciones de vida; en los sitios más pobres está centrada en recursos económicos y gira alrededor de la pobreza la falta de vivienda y de agua corriente. En los estratos altos se habla de salud en primer lugar. (MINSALUD COLCOENCIAS , 2015)

Con base en lo anterior, puede decirse que la calidad de vida adquiere gran importancia para las personas adultas mayores. Elisa Dulcey 2011 citada por (Aportes de las personas mayores a la inclusión social , 2018, pág. 111) relata que la calidad de vida en la etapa de la vejez se debería entender como un derecho fundamental, del cual se desprenderían otros derechos importantes como lo son el derecho a la comunicación y la utilización de tecnologías de la información, la participación, el reconocimiento y la valoración.

Finalmente, e acuerdo con (Paula Mayoal), vivir mejor o vivir una vida de calidad se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de todas las políticas sociales y sanitarias de la mayoría de los países.

2.2.5 Interdisciplinariedad

La interdisciplinariedad puede verse como una estrategia pedagógica que implica la intervención de varias disciplinas, entendida como el diálogo y la colaboración de estas para lograr la meta de un nuevo conocimiento (Linde, 2007). De otro lado, (Sotolongo Codina & Delgado Díaz, 2006) la definen como el esfuerzo indagatorio y convergente entre varias disciplinas. Pero persigue el objetivo de tener cuotas de saber acerca de un objeto de estudio nuevo, diferente a los

que pudieran estar previamente delimitados disciplinariamente. (Álvarez, 2004), la definió como el segundo nivel de integración disciplinar, en el cual la cooperación entre disciplinas conlleva interacciones reales; es decir, reciprocidad en los intercambios y, por consiguiente, un enriquecimiento mutuo. La interdisciplinariedad cobra sentido en la medida en que flexibiliza y amplía los marcos referencia de la realidad entre las verdades de cada uno de los saberes. (Follari, 2007).

Al ser el envejecimiento catalogado como un proceso se hace necesario la intervención continua de varias disciplinas y distintos profesionales para dar soluciones idóneas y atender satisfactoriamente a la población envejeciente y a la población que se encuentra en la etapa de la vejez; es por esto que, la gerontología en la intervención de los adultos mayores está atravesada por la interdisciplinariedad.

En el trabajo en equipo interdisciplinario según (Leon, 2013) se habla sobre un mismo objeto desde diferentes perspectivas, es así como la gerontología es un claro ejemplo de ello, en donde interviene el doctor, el psicólogo, el gerontólogo, el trabajador social, el fisioterapeuta. Entre otras disciplinas. Intervienen todas al mismo tiempo, pero desde diferente lugar, aunque con un mismo objeto de intervención (el adulto mayor).

2.2.5.1 Desafíos del trabajo interdisciplinario

De acuerdo con (ESCOBAR, 2010) en el trabajo interdisciplinario se presenta múltiples desafíos para afrontarlos, siendo consecuente con la temática de la presente investigación, se retoman dos de estos:

- Leguaje científico: Dado a que cada disciplina tiene su propio lenguaje y en ocasiones es confuso para las otras disciplinas, ya sea por su similitud o por la diferencia entre el significado de palabras y conceptos.
- Egocentrismo intelectual: Podría decirse que, es la barrera más común en el trabajo interdisciplinario ya que, los profesionales de las diferentes disciplinas tienden a ocultar sus conocimientos por diversas razones, entre estas está, evitar ser cuestionado, o dar a conocer sus conocimientos. Para que un trabajo en equipo de buenos resultados, se debe trabajar en unión, respetar el campo de acción de cada disciplina, manteniendo el diálogo y la cooperación, además, se debe tener mente abierta para entender, comprender y aportar al trabajo interdisciplinario, manteniendo los límites de sus propios conocimientos, manteniendo la flexibilidad, la confianza, la sensibilidad hacia los demás, y lo más importante, aprender de todos.

2.2.6 Atención integral

La atención integral se define como, la atención ofrecida a las personas desde una perspectiva biopsicosocial, al igual que a la familia y a la comunidad, aplicando la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la recuperación y por último una etapa de rehabilitación y cuidados paliativos a través de la implementación de la multidisciplinareidad y equipos interdisciplinarios. (Ministerio de Salud, 2017)

Por consiguiente, según (Villada, 2013), la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son de tipo vital para el sostenimiento de una buena salud, tratando al individuo como un todo, lo que obliga a ver desde otros ángulos la recuperación y la rehabilitación, cambiando la

idea normal que se tiene del usuario frente al profesional de la salud, por la del usuario frente al sujeto humano que provee un servicio, capacitado para conseguir una aproximación integral, prescribiendo una guía enmarcada en las necesidades del usuario, reconociendo su cultura, y su naturaleza social e individual.

Es así como la prevención de la enfermedad en la atención integral es relevante, desarrollándose en tres niveles:

Prevención primaria: Manejo de la enfermedad antes de su aparición.

Prevención secundaria: Durante la enfermedad.

Prevención Terciaria: Cuando la enfermedad continua su transcurso.

La atención primaria en salud ha estado promovida por la Organización Mundial de la Salud antes de 1978, sin embargo, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria, reunida en Alma-Ata, se registró en su declaración la definición de atención primaria en salud como:

La atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. (-Ata, 1978)

Se acogió, desde ese entonces, este nivel de prevención de la enfermedad, como base para conseguir la finalidad de la “Salud para todos” y a seguir de ese año, se han venido presentando cambios en este modelo de atención, tanto así, que, en la actualidad, la Atención Primaria en Salud (APS), coordina en forma eficiente y evidente, la promoción de la salud, la prevención, los

cuidados y la asistencia del usuario, logrando la relación entre el sistema de salud y la comunidad, alcanzando este fin, por medio, tanto de la atención ecuánime de la salud y bienestar como de los valores y capacidades, tanto de las personas como de los trabajadores sanitarios. (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2008).

Ante la importancia de la APS, Colombia ha desarrollado la Política de Atención Integral en Salud, que, en sus enfoques, figura la APS con una orientación de salud familiar y comunitaria que ayuda a lograr una conexión funcional entre los equipos interdisciplinarios y el desarrollo de recurso humano, cuya estrategia está guiada a coordinar intersectorialmente, posibilitando una atención integral e integrada desde la salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, asegurando un mejor nivel de bienestar de los usuarios, sin perjudicar las competencias legales del Sistema de Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Con base en lo anterior, se hace indispensable la atención integral a la población, especialmente a la población adulta mayor, que presenta tasas de dependencia más altas, lo cual intensifica la atención y el cuidado, ya que las disfunciones fisiológicas, psicológicas y emocionales, interfieren en la autonomía de las actividades de la vida diaria (AVD), es por ello que, dicha atención tiene un acercamiento primario con la familia quienes colaboran con los profesionales que participan en dicha atención del usuario, ya sea en los centros hospitalarios o en atenciones que se realizan a domicilio.

La atención a domicilio se define como un programa individualizado de servicios y técnicas de intervención profesional, prestados en el domicilio de una persona dependiente, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía de los usuarios, dirigido a los adultos mayores, familias, enfermos crónicos, convalecientes y personas con discapacidad.

Las funciones prestadas están dirigidas a la atención personal y doméstica, al apoyo psicosocial y familiar y las relaciones con el entorno a través de un equipo interdisciplinar y profesional de acción directa.

De acuerdo con las atenciones a domicilio, se tienen en cuenta el tipo de atención y las tareas domiciliarias que en el siguiente cuadro se resumen así:

Tabla 1. Tipo de atención y tareas domiciliarias

Prestación	¿En qué consiste?	Tipo de tareas	Actividades correspondientes
Atención Personal	Incluye cuidados especiales (cambios posturales, movilizaciones, higiene personal, etc.) cuando el grado de dependencia es importante	De cuidado y atención personal	Levantarse, vestirse, realizar transferencias, asearse y bañarse, comer, cambio de absorbentes/compresas.
Atención doméstica	Realización de tareas como lavado de ropas, preparación de alimentos, limpieza del hogar, etc.	Tareas domésticas	Limpieza y organización del domicilio, lavado, planchado, planificación de menús, preparación de comidas.

Apoyo Psico-social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia en las principales AVD. 2. Puede incluir actividades de memoria, orientación espacial, psicomotricidad, etc. 	Tareas de tipo psico-social y de relaciones del entorno.	Realizar gestiones, acompañarle en actividades de ocio, salir de compras con él o ella, hablar dialogar y pasear.
Relaciones con el entorno	Potencia relaciones con allegados, vecinos, amigos, así como recursos sociales de la zona.		
Apoyo familiar	Refuerza el apoyo familiar fomentando cohesión.		

Fuente. (Sánchez, 2014)

En cuanto a las características que generalmente se presentan en la intervención domiciliaria están:

Tabla 2. Características de la intervención

<p>Pretende</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solucionar o mejorar el problema, no solo la asistencia sanitaria. 2. Prevenir situaciones de aumento de la dependencia. 3. Recuperar y reforzar capacidades funcionales.
<p>Requiere</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación, control, seguimiento y evaluación, llevado a cabo por profesionales. 2. Formación previa de los auxiliares o profesionales que ejecutan las distintas tareas.
<p>Implica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestación de las tareas en el domicilio del usuario, garantizando su permanencia en el entorno habitual.

Fuente. (Sánchez, 2014)

2.2.7 Atención centrada en la persona (ACP)

Según (Rodríguez, 2013) la ACP busca la disminución de la fragilidad, la cual se define como el “estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica” (Marín, 2017); la discapacidad, la cual “abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación” (OMS) y dependencia (“necesidad de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida diaria (Ricon del cuidador ,

2014)), fortaleciendo el desarrollo de la autonomía personal; en sí la persona, es el motor del proceso de atención de los servicios de salud y se deben evaluar teniendo en cuenta la participación efectiva de esta, favoreciendo el desarrollo de sus actividades diarias de la vida y el control de su propia vida.

A partir de la psicología humanista que se inicia en la primera mitad del siglo XX, nace la ACP como un modelo mejorado de los enfoques clásicos del psicoanálisis y el conductismo, haciendo énfasis en la potencialidad del ser humano y sus características que lo hacen diferente a los demás, como la decisión, creatividad, autorrealización (Rodríguez, 2013), señala que este modelo tiene sus bases en el enfoque psicoterapéutico de Carl Rogers, adoptando la filosofía de que, “nadie tiene más conocimiento sobre uno mismo/a que la propia persona, y que también es esta quien cuenta con las claves necesarias para comprenderse y auto-elegir su vida emprendiendo los cambios necesarios”. Es decir, es la persona misma a través de diferentes apoyos es quien adopta estrategias convenientes que vayan en pro de su salud y bienestar.

Es importante resaltar que, este método no solo se centra en las personas con deficiencias cognitivas, discapacidades o dependencias sino también en la formación de las personas cuidadoras tanto informales como formales; pues la falta de conocimiento y comprensión de las personas que requieren el cuidado pueden hacer más difícil el cuidado y, finalmente el cuidador termina más enfermo que quien está recibiendo el cuidado.

La ACP se enfoca principalmente en encontrar un apoyo preciso que sea de agrado y de aceptación con empatía, de manera que se logre con el apoyo del profesional la mayor posible independencia, autonomía y funcionamiento de la persona., logrando que esta pueda seguir con su proyecto de vida.

La OMS citada por (Rodríguez, 2013, pág. 44) ha definido a la ACP como “la que se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en la evidencia científica, la organización del servicio, el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente.

En la ACP el profesional encargado establece relaciones de apoyo indirecto basados en valores éticos, donde la persona toma sus propias decisiones y tiene plena participación.

2.2.7.1 Objetivos de la ACP

Para alcanzar un mayor bienestar el plan de apoyo se basa en dos objetivos básicos:

- Mantener la máxima dependencia funcional para favorecer el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria. Para ello, resulta esencial identificar, poner en valor y apoyarse en las capacidades preservadas de las personas estimulándolas a que realice por sí misma todo aquello que pueda hacer y evitar así el exceso de dependencia. (Rodríguez, 2013, pág. 46)
- Promover y dar opciones para el desarrollo de la autonomía moral para que la persona pueda proseguir su ciclo vital, tome sus propias decisiones (directa o indirectamente) sobre el acontecer cotidiano y pueda controlar su propio proyecto de vida. (Rodríguez, 2013, pág. 46)

2.2.7.2 La influencia del ambiente físico en el bienestar

Según (Rodríguez, 2013) cada persona es diferente y por tanto su zona de confort también, es así como se va construyendo de manera individual el propio ambiente físico en el que se

desarrolla nuestra vida cotidiana. Es una muestra de nosotros mismos, en el cual nos vemos reflejados y, va tomando un significado especial en nuestra vida.

La ACP hace énfasis en el respeto por parte del profe profesional en cuanto al ambiente físico de la persona que está recibiendo su apoyo. Es decir, el profesional que está poyando un caso de discapacidad o dependencia, puede hacer sugerencias que considere necesarias para mejorar la calidad de vida de la persona, pero al final quien toma las decisiones es la propia persona.

Así mismo, (Martínez, 2013) menciona que el ambiente físico tiene especial influencia en las personas que se encuentran en situación de dependencia y en quienes tienen deterioro cognitivo. Es por ello que, Desde la atención centrada en la persona se da gran importancia al diseño ambiental para conseguir un ambiente hogareño, cálido, alegre, estimulante, a la par de sosegado.

Algunos elementos y características ambientales relacionadas con el bienestar descrito por (Martínez, 2013) son:

- Accesibilidad y seguridad
- Luz (suficiente, cálida, indirecta)
- Evitar ruidos (megafonías, baños insonorizados)
- Acceso cercano al exterior (jardines, terrazas)
- Plantas
- Mascotas
- Decoración hogareña, parecida a una casa
- Tener acceso a las propias pertenencias
- Decoración personalizada, no uniforme, en la que puedan participar las personas.

- Evitar los elementos que recuerden a lo institucional (controles sanitarios en los módulos, pasillos largos, baños sin decorar, filas de sillones, uniformes sanitarios, etc.)
- Combinación de espacios donde las personas pueden estar sola, descansar, tener cierta privacidad, con espacios comunes que facilitan la socialización y el contacto con otras personas.
- En los recursos de alojamiento, habitaciones individuales con baños privados que las personas puedan organizar y decorar a su gusto (con sus muebles, objetos.).
- Salas de convivencia estructuradas en pequeños grupos.
- Evitar diseño de grandes salas (reorganizar pequeños espacios dentro de lo grande: comedores, salas de estar, etc.).
- Diversidad de espacios y capacidad de las personas para elegir dónde estar en los distintos momentos del día.
- Diseño y organización de espacios que permitan la realización de actividades (cocina, salas polivalentes, accesibilidad de enseres, etc.).

2.2.8 Redes de apoyo social

2.2.8.1 Definiciones de autores destacados en el tema

Tabla 3. Definiciones de autores destacados en el tema

Autor	Definición
Bott (1955)	Señaló que la red es una configuración social en la que algunas, unidades externas que la componen mantiene relaciones entre sí.

Lopata (1975)	Definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social, y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes.
Cobb (1976)	Ubicaba a la red social y emocional como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental.
Walker y colaboradores (1977)	Definieron a las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información.
Maguire (1980)	Se refirió a las redes como fuerzas preventivas que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.
Gottlieb (1983)	Estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos.
Pearlin (1985)	Refiere a toda la gente con la cual un individuo debe tener contacto o algún tipo de intercambio.
Requena santos (2002)	Define a las redes como n conjunto finito de factores o grupos de actores y las relaciones definidas entre ellas. Es el tejido formado por las relaciones entre un conjunto de actores que están unidos directa o indirectamente mediante compromisos, informaciones, entre otros.

	Aunque todos formamos parte de diferentes redes sociales, no todas son redes de apoyo.
Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002)	Definen las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

Fuente. (CELADE , 2003)

Según (FUNBAM, 2015) las redes de apoyo social, apoyan al adulto mayor satisfaciendo aquellas necesidades que no son cubiertas por el sistema formal. Los tipos de apoyo social que puede recibir un adulto mayor son: materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios); instrumentales (cuidado, transporte, labores del hogar); emocionales (afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha) y cognitivos (intercambio de experiencias, información, consejos). Es por esto que, el hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida d la persona adulta mayor.

2.2.8.2 Clasificación de las redes de apoyo

Redes primarias: la conforman la familia, los amigos y los vecinos; la familia puede satisfacer las necesidades de socialización, de cuidado y de afecto. Según (FUNBAM, 2015)Algunas medidas sencillas y prácticas que pueden contribuir al fortalecimiento de la red de apoyo integrada por amigas y amigos del adulto mayor son: encuentro para presenciar algún

programa televisivo, escuchar música, leer, proporcionarle ayuda económica, acudir juntos a prestar un servicio voluntario, caminar, entre otros.

Redes secundarias o extra familiares: Son todas aquellas conformadas con el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio.

Entre las funciones de esta red se encuentra: compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y de consejos, regulación social, ayuda material o de servicios y acceso a nuevos contratos; estas últimas ayudan a establecer relaciones con nuevas personas y redes. (FUNBAM, 2015)

Redes institucionales o formales: según (FUNBAM, 2015) la integran básicamente organismos públicos o privados (gubernamentales o no gubernamentales) dedicadas a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud. Situación socioeconómica o carencia de información.

2.2.9 El cuidado y el cuidador del AM

Ante una clara transición demográfica que se está viviendo, es evidente el aumento de las personas adultas mayores, y aunque envejecer no es sinónimo de enfermedad, no se puede desconocer que es una etapa en la que disminuye la funcionalidad de la persona, es por ello, que a sí mismo aumenta la necesidad de los cuidadores para cubrir la alta demanda.

La calidad de vida y bienestar de los adultos mayores dependientes y semi dependiente, dependen del cuidado que reciben por la persona encargada de brindarle el cuidado. Teniendo en cuenta que, en el mayor de los casos, es un familiar o persona allegada a la familia quien brinda el

cuidado, pero no cuenta con conocimientos previos para realizar adecuadamente el cuidado y su propio autocuidado. En estos casos, es donde el cuidador comienza a presentar problemas de salud tanto físicos como mentales, conllevándolo a una mala calidad de vida y a un envejecimiento poco saludable. Con un agravante, y es que, muchos de los cuidadores de los adultos mayores, son adultos mayores.

2.2.9.1. Tipos de cuidadores

Según (Robledo, 2010) existen dos tipos de cuidadores:

- El informal, que no pertenece a ninguna institución sanitaria ni social, no es remunerado y tiene un alto grado de compromiso hacia la tarea, caracterizado por el afecto y una atención sin límites de horarios. Este tipo de asistencia es proporcionada por familiares, amigos y vecinos. Se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad en la asistencia a los adultos mayores.
- El cuidador formal, es aquella persona que cuida en forma directa a adultos mayores en diversos ámbitos, esté o no capacitado recibiendo un pago o beneficio por su trabajo.

2.2.9.2. Perfil del cuidador

Según lo indica (Díaz, Alejandro; Sánchez, Norma; Montoya, Soraya, Martínez-Restrepo, Susana, 2015), la carga de cuidado ha sido asumida comúnmente por la mujer, por razones tanto estructurales como ideológicas y relacionadas con la distribución desigual del cuidado por sexo. Así mismo indican que, En América Latina, por ejemplo, el 71% de los trabajadores del cuidado

son mujeres empleadas en el servicio doméstico. Y un 23% son mujeres que ocupan trabajos vinculados con el cuidado. Es así, como según estos autores, la feminización del cuidado es una tendencia mundial.

A diferencia de lo anterior, (Robledo, 2010, págs. 124- 125) indica que, a pesar del notable predominio de las mujeres en el cuidado, es importante destacar que la participación del hombre es cada vez mayor en la asistencia de las personas adultas mayores ya sea como cuidadores principales o como ayudantes de las cuidadoras.

2.2.9.3 Principales cambios en el cuidador

Cuando una persona adulta mayor es dependiente, significa que requiere de un cuidado permanente para su subsistencia, es decir, un cuidado prolongado en el tiempo tanto para el cuidador como para la persona que recibe el cuidado, implicando cambios en diferentes áreas de la vida, conllevándolos a un proceso de adaptación y adopción de estrategias de afrontamiento por parte del cuidador o cuidadores y el adulto mayor dependiente.

Según como lo indica (Robledo, 2010) la labor de cuidar puede traer para el cuidador consecuencias negativas relacionadas con conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación en la toma de decisiones, la forma en que se proporciona el cuidado y también, por la falta de reconocimiento del esfuerzo realizado por el cuidador; implicaciones en la salud debido al esfuerzo físico realizado; perturbaciones laborales ya que es difícil mantener un trabajo a la vez que se realiza la tarea de cuidador; dificultades económicas por los gastos derivados del cuidado de la persona adulta mayor; y disminución de actividades de ocio por la alta exigencia del tiempo y dedicación que requiere el brindar el cuidado.

En consecuencia, de los cambios antes mencionados, (Robledo, 2010) expresa que “es posible que en el cuidador aparezca agotamiento que no es más que el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que estos experimentan”.

Así mismo, (Cruz Roja Española , 2016) indica que los problemas que se presentan con mayor frecuencia en las personas cuidadoras son la depresión, fatiga, dolor de cabeza, ansiedad, dolores musculares, molestias estomacales y finalmente indica que, presentan una mala percepción de su estado de salud. Todas estas afecciones radican como consecuencia del contante esfuerzo físico y emocional, altas cantidades de horas dedicadas al cuidado, descuido de su propia salud y poco apoyo recibido de su entorno (redes de apoyo primaria y secundaria).

Finalmente, un su investigación (Bódalo-Lozano, 2010) revela que el cuidado de las personas dependientes se ha basado en el trabajo “callado” de las mujeres, esposas e hijas, sobre todo. Los cambios experimentados tanto en la sociedad como en el modelo de familia podrán hacer que esta situación varíe en el futuro.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque: sistematización

La sistematización es un proceso de investigación cualitativa que ejecuta un grupo para lo cual, se utilizan diversos instrumentos, dando como resultado nuevos conocimientos los cuales se relacionan con la información obtenida durante la práctica, exponiendo rutas novedosas (Mejía, 2015), sin embargo, según (Burbano, 2018) la sistematización va más allá de recuperar una información, ya que, para poder aplicar la sistematización debe preceder una práctica, proyecto, intervención o programa, que compromete el equipo de profesionales, los entes institucionales y el grupo intervenido. Es por ello que, la sistematización, es un proceso que ordena el conocimiento obtenido durante toda la práctica, programa o proyecto, tomando el motivo principal de su actividad, interpretando y direccionando la actividad, recuperando saberes, lo que conlleva a organizar de manera más apropiada las actividades o experiencias, evaluándolas, y mejorándolas, para poderlas comunicar y ofertar conocimiento a otros, a seguir de esa experiencia comprendida e interpretada.

En la sistematización, se rescata la voz de los diferentes actores de una experiencia, al igual que las preguntas realizadas, se aclaran o solucionan dentro de la experiencia, conllevando a la interpretación y evaluación crítica de dicha práctica, programa o proyecto.

Es por ello que, es importante, tener conocimiento de las dimensiones de la sistematización las cuales son:

Formación

Participación

Reconstrucción de la Experiencia

Análisis Interpretativo

Transformación, Cambios

Socialización, Comunicación.

(Burbano, 2018)

La sistematización cobra importancia por su utilidad tanto, para la población en estudio como para los entes institucionales, ya que promueve el desarrollo comunitario, fomenta la acción colectiva, activando la competencia en el análisis de las situaciones, aportando sus experiencias para la investigación de su realidad, así mismo, la parte institucional, se beneficia por obtener una re orientación metodológica, filosófica, y de su panorama en general a un mayor nivel, a través de proyecciones a corto y largo plazo.

En este trabajo de investigación, su objetivo principal es la sistematización de experiencias, conocimientos y aprendizajes más significativos del programa de Atención Domiciliaria Acompáñame (AD Acompáñame) del municipio del Retiro – Antioquia, partiendo de la reconstrucción de lo sucedido y ordenando elementos objetivos e intrínsecos, que hasta el momento han hecho parte del proceso, cuya finalidad es, mostrar los efectos del programa, la eficacia del equipo interdisciplinar, la satisfacción de adultos mayores que pertenecen al programa y/o cuidadores, sirviendo como posible referente para desarrollar el programa en otros municipios y aportar conocimientos a la disciplina Gerontológica.

La sistematización de experiencias del programa Acompáñame (AD Acompáñame) del municipio del Retiro – Antioquia, se llevará a efecto a través de los siguientes pasos:

Recuperar y ordenar la experiencia, acudiendo a recobrar lo sucedido durante la implementación del programa a los adultos mayores y/o cuidadores que pertenecen al programa, al igual que las experiencias del grupo interdisciplinar.

Delimitar el objeto de sistematización, determinando específicamente lo que se quiere conocer de las experiencias.

Operacionalizar las preguntas y recopilar la información.

Síntesis, obteniendo las respuestas a las preguntas centrales de la sistematización, fundamentadas en la realidad y en la información obtenida en la operacionalización y recopilación.

Exponer los nuevos conocimientos obtenidos.

3.2. Ámbito de estudio

Municipio del Retiro



Ilustración 4. Escudo del Municipio de El Retiro Antioquia

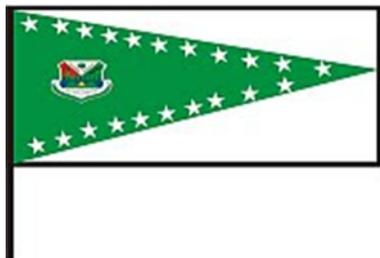


Ilustración 5. Bandera del Municipio de El Retiro Antioquia

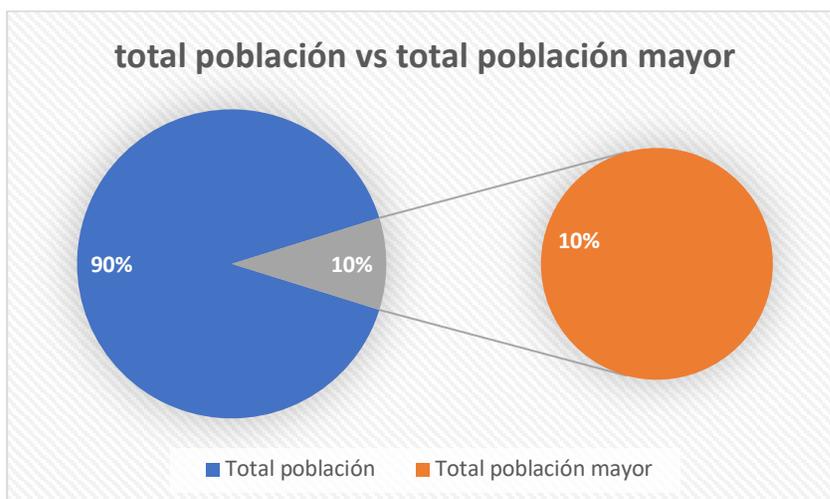
La investigación se desarrolla en el municipio de El Retiro ubicado en el oriente Antioqueño, teniendo en cuenta los datos de la (ALCALDÍA DE EL RETIRO ANTIOQUIA , 2018) fue fundado el 15 de octubre de 1814 por Don Ignacio Castañeda y Doña Javiera Londoño.

A principios del siglo XVII unos conquistadores españoles ocuparon el altiplano del oriente Antioqueño; Don Ignacio Castañeda y su esposa Javiera Castañeda en 1734 se establecieron con sus esclavos en lo que es el municipio de El Retiro. Una fecha muy importante a resaltar es la del 11 de octubre de 1766, donde Doña Javiera firmó el testamento que había convenido con su esposo, en este les daban la libertad a 140 esclavos, cediéndoles productivas minas de Guarzo, es por esto que se deriva el gentilicio de guarceños y el apelativo de “cuna de la libertad” ya que, fueron los primeros en liberar esclavos en América y el mundo.

El municipio limita al Norte con el municipio de Envigado y Rionegro, al Oriente con Rionegro y La ceja, por el Occidente con el municipio de Caldas y Envigado y al Sur con Montebello y Santa Bárbara. El municipio tiene una extensión total de 2244 km.

La economía del municipio está basada en la ebanistería y carpintería; la elaboración de muebles es una tradición que se ha transmitido de generación en generación durante más de 100 años. En su ecoturismo se desarrollan actitudes como son las cabalgatas y caminatas en recorridos por caminos precolombinos, rurales y caminos de herradura; también se practica el agroturismo, el camping y el avistamiento de aves (ALCALDÍA DE EL RETIRO ANTIOQUIA , 2018).

Según el (DANE , 2018) la población total es de 19. 898 habitantes (49% mujeres – 51% hombres) y el total de la población mayor es de 2.118; es decir, equivale al 10,6% del total de la población (53% mujeres - 47% hombres); y de este total, el Centro Vida del municipio atiende a 1.300 personas mayores que se encuentran distribuidas tanto en la zona urbana como rural en grupos gerontológicos.



Grafica 1. Total población vs Población adulta mayor

Fuente. Propia

3.3. Participantes

Con base en la revisión de registros e historias clínicas de los adultos mayores pertenecientes al programa AD Acompáñame, para esta investigación se seleccionaron los participantes teniendo en cuenta, la antigüedad en el programa y los más recientes, los dependientes y semi dependientes, con presencia de cuidador y/o familiar, al igual que su residencia sea en el municipio de El Retiro.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Participantes del Programa AD Acompáñame
- Personas mayores de 55 años
- Funcionalmente dependientes en las principales áreas cognitivas (memoria, orientación, percepción, atención, reconocimiento, y lenguaje).
- Residentes en el municipio (zona urbana y rural).

- Que tengan cuidador y/o familiar cuidador

3.3.2. Criterios de exclusión

- Personas mayores no beneficiarias del programa AD Acompáñame
- Personas mayores beneficiarias del programa con afecciones cognitivas severas
- Personas sin cuidador y/o familiar cuidador

Los participantes adultos mayores elegidos por antigüedad en el Programa y que se encuentran ubicados en la zona urbana son:

Persona mayor 1 U A

Persona mayor 2 U A

Persona mayor 3 U A

Persona mayor 4 U A

Persona mayor 5 U A

Los participantes adultos mayores elegidos por antigüedad en el Programa y que se encuentran ubicados en la zona rural:

Persona mayor 6 A R

Persona mayor 7 A R

Los participantes adultos mayores elegidos y que pertenecen recientemente al Programa y que se encuentran ubicados en la zona rural son:

Persona mayor 8 R R

Persona mayor 9 R R

Los participantes adultos mayores elegidos y que pertenecen recientemente al Programa y se encuentran ubicados en la zona urbana son:

Persona mayor 10 R U

Persona mayor 11 R U

Los participantes personas mayores dependientes en su parte física y que han sido elegidos para este trabajo de investigación y se encuentran ubicados en la zona urbana y rural respectivamente fueron:

Persona mayor 12 DF U

Persona mayor 13 DF R

Los participantes adultos mayores semi dependientes en su parte física y que han sido elegidos para este trabajo de investigación y se encuentran ubicados en la zona urbana y rural respectivamente fueron:

Persona mayor 14 SDF U

Persona mayor 15 SDF R

3.4. Referentes Éticos

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL , 2015) y, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (LEGISALUD , 2005) específicamente en su artículo No 3 el cual establece el principio sobre

dignidad humana y derechos humanos, y en la resolución 8430 de octubre 4 de 1993 (MINISTERIO DE SALUD , 1993) y debido a que esta investigación es considerada con riesgo mínimo, en la cual requiere de estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios (Ministeio de Salud , 1993), entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas; es así, la presente investigación se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- Prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y el bienestar del ser humano sujeto de estudio.
- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la resolución 8430 de octubre 4 de 1993
- Se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

3.5. Procedimientos en los Instrumentos de Recolección de Información

3.5.1. Procedimientos de acercamiento institucional

Las estrategias de acercamiento, comunicación e intervención con los actores institucionales claves de la investigación cualitativa, se llevó a efecto a través de la socialización de la información y sensibilización institucional, desplegada por el grupo de investigación, con el fin de trabajar en conjunto, alcanzando una participación efectiva que fortaleció el proyecto de investigación.

Para alcanzar los propósitos expuestos, se implementaron como primer paso, la presentación de cartas de sensibilización a las instituciones, sobre la importancia de la atención integral y humanizada por parte de un equipo interdisciplinario a domicilio dirigida a la población adulta mayor y/o sus cuidadores. Como segundo paso se entregaron cartas a las instituciones con los objetivos de la investigación cualitativa, sus alcances y beneficios, los criterios para la elección de los adultos mayores, familiares y/o cuidadores que hicieron parte del proyecto investigativo y la aclaración, de los instrumentos a utilizar para la recolección de información, haciendo una precisa referencia al marco legal de la protección de dicha información.

3.5.2. Procedimiento de acercamiento poblacional

El acercamiento a la poblacional adulta mayor, familias y/o cuidadores, facilitó la entrega de información sobre la investigación, generando confianza entre los usuarios, familias y cuidadores y el equipo de investigación, incentivando al diálogo entre la población en mención y los investigadores, permitiendo ser claros en el proceso de investigación, sin generar expectativas, guardando los parámetros necesarios ante la sensibilidad de las condiciones de la población.

En el logro, de estos intereses, se distribuyeron a los adultos mayores, familiares y/o cuidadores cartas de invitación, que contenían información básica y entendible sobre el trabajo a desarrollar, dando a conocer los objetivos del proyecto investigativo, el procedimiento de selección de la muestra poblacional y el respeto de la ley que protege la información que fuere hacer suministrada. Otra finalidad de las cartas fue invitar a la población mencionada, a participar de la investigación, en forma libre y voluntaria, apoyando estas cartas, con visitas que tuvieron como objetivo, aclarar alguna duda que tuvieran los usuarios, familiares y/o cuidadores sobre la investigación.

Al alcanzar el acercamiento deseado a la población, se hizo uso del consentimiento informado, formato que contenía el título de la investigación, los diferentes ítems para ser completados por los usuarios, familiares y/o cuidadores que deseaban participar en forma libre y espontánea en la investigación, al igual que la información individual de los integrantes del grupo de investigación y en su parte final, se adicionó los diferentes puntos importantes que el participante debía saber sobre la investigación.

3.5.3. Instrumentos de recolección de información

3.5.3.1 Entrevista a profundidad

La entrevista a profundidad es una técnica de la investigación cualitativa, que usa como instrumento un cuestionario, que se caracteriza por ser activo y flexible, llevado a efecto cara a cara entre entrevistado y entrevistador, estableciendo una conversación sin implantar roles, con el fin de ser comprendidas las experiencias y diferentes situaciones vividas por parte del entrevistado.

El entrevistador busca, especifica y define a través de un cuestionario de entrevista la información más notable que aportan a los intereses de la investigación, conociendo suficientemente a través de la entrevista, qué quiere decir cada actor, al igual, lo que sirve como base para la creación de un ambiente propicio, que probablemente, ayuda a la expresión libre del entrevistado. Las entrevistas a profundidad cuentan con tres variantes:

- Historia de Vida.
- Aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente.
- Estudio de personas y situaciones en tiempo reducido.

(Keats)

- La metodología utilizada para aplicar la entrevista según (Ibañez & M., 2016) y (R.Bogdan, 1994), inicia con la estandarización del cuestionario a ser aplicado, para proceder a hacer comparaciones de los datos obtenidos, al realizar una serie de entrevistas, luego se tiene en cuenta el espacio y tiempo, ya que el espacio debe ser generador de confianza al entrevistado, y en cuanto al tiempo, no debe tener una limitación exacta, sin embargo, el entrevistador está en la capacidad de manejar el tiempo, logrando su eficiente uso; el lenguaje y los modales a manejar deben adaptarse a la realidad del entrevistado, lo cual también forma parte importante de los aspectos metodológicos de la entrevista.
- El inicio de la entrevista se hizo con un saludo amable, apretón de manos o una frase amable, dando explicación de la finalidad de la entrevista, lo que se ha llamado RAPPORT o habituación del entrevistado a la situación, generando empatía hacia el entrevistado, simultáneo a la introducción de la entrevista, que comprende la observación propia y del entrevistado, para averiguar motivaciones de comportamiento, opiniones, experiencias, etc.
- Seguidamente, la etapa de la interacción del entrevistador y entrevistado a través del cuestionario de preguntas, logrando, el entrevistador, que el entrevistado proyecte experiencias, personas y sitios, lo que dirige la entrevista a la cima, verificando la importancia que aporta las respuestas del entrevistado a la investigación y por último el cierre de la entrevista, tan importante como el inicio, verificando que todas las respuestas hayan sido realizadas finalizando con cordialidad la entrevista.

La metodología de la entrevista, anteriormente mencionada, se aplicó a los profesionales, población adulta mayor y/o cuidadores, que pertenece al programa AD Acompáñame, la cual se ha seleccionado para este trabajo de investigación, teniendo como base algunos criterios de selección de los adultos mayores, tales como, ser mayores de 55 años, oriundos del municipio de El Retiro, funcionalmente independientes en funciones cognitivas, que vivan en la zona rural y urbana del municipio, y que sus experiencias sean significativas.

Para el desarrollo de la entrevista, se dejará en claro a los participantes el motivo e intención de la entrevista, el anonimato, el lugar de la entrevista acordado por ambas partes y se dará la oportunidad a los participantes de leer los borradores finales. Los encargados de las entrevistas a profundidad de los diferentes actores construyeron preguntas de tipo descriptivo y tuvieron en cuenta no abrir juicio, aceptar que el entrevistado hable sin ser interrumpido, prestar atención y ser sensible ante lo expuesto por el entrevistado, animando continuamente al entrevistado para que la descripción de las experiencias sean lo más detalladas posible.

El entrevistador llevó consigo las herramientas necesarias como ser, bolígrafo, libreta y el cuestionario de preguntas de la entrevista.

3.5.3.2. Grabaciones y Registros fotográficos

Las grabaciones, son herramientas de registro de información, que pueden ser utilizadas en la entrevista a profundidad, lo que facilita la transcripción de los datos verbales. Dependiendo de la clase de grabadora, el investigador, debe llevar repuestos de batería o que la memoria de la grabadora digital sea suficiente para almacenar la información durante la entrevista.

Para usar la grabación como herramienta en la entrevista, deberá tenerse en cuenta que al inicio de cada grabación es necesario grabar la fecha, hora, lugar, nombre del entrevistado, y demás detalles iniciales que den información suficiente sobre el contexto de cada encuentro, sin dejar de lado, la toma de notas. En cuanto a la cámara de video o fotográfica, es una herramienta más acertada que las anteriores, ya que permite captar la reacción del entrevistado al formularse las preguntas, es decir, la comunicación no verbal es captada.

Con las anteriores herramientas se consigue en detalle las descripciones de estilos, inclinaciones, acentos, modulaciones, sin embargo, para su uso, siempre debe existir un consentimiento informado, de forma previa aceptado por el entrevistado, y ya sea que sea aceptado o no por el entrevistado, es una decisión que debe acatarse de manera categórica. (Scielo, 2011)

3.5.3.3. Análisis de Historias Clínicas

La historia clínica es el registro del usuario sobre los distintos eventos psicológicos, fisiológicos, sociales, del pasado y del presente, con base en la anamnesis del examen físico y la realización erudita del médico, permitiendo transmitir un diagnóstico de enfermedad o salud, la cual consiste en una estructura compuesta por seis partes:

Anamnesis

Examen Físico

Resumen Semiológico

Consideraciones diagnósticas

Evolución diaria

Epicrisis

Sin embargo, la elaboración de la historia clínica en el usuario adulto mayor, tiene en cuenta el grado de deterioro de las funciones cerebrales, en cuanto a memoria y la disminución de las funciones sensoriales, ya que esto representa un condicionamiento frente a las preguntas y el examen físico llevado a efecto por el médico, ante lo cual, es necesario un diagnóstico del contexto, determinando el núcleo familiar, al igual que sus ingresos económicos, cobertura médica, hábitos de vida, identificando igualmente, los familiares y/o cuidadores, ya que de estos, depende la ejecución y control de las pautas terapéuticas recomendadas. (Argente & Álvarez, 2014)

En cuanto el análisis de las historias clínicas por parte del grupo investigador se llevó a efecto teniendo en cuenta los siguientes pasos y criterios:

- El consentimiento informado incluía el permiso para la revisión de la historia clínica del usuario que cumplía con los criterios del trabajo de investigación.
- Previo permiso de la institución que archivaba las historias clínicas.
- Durante la revisión, siempre estuvo presente un representante de la institución que archivaba las historias clínicas.
- Las historias clínicas no fueron movidas del área que las contiene.
- Durante la revisión, los investigadores no hicieron ninguna modificación a las historias clínicas.
- La información manejada durante la revisión fue de uso exclusivo para el desarrollo del trabajo de investigación cualitativa.

3.5.3.4. Análisis de Historias Gerontológicas.

“La historia clínica gerontológica, constituye una forma de registro de las actividades del gerontólogo, que guiará sus actividades en el abordaje integral de la persona mayor. Esta historia

constituye el registro de los hechos relevantes del proceso de envejecimiento y cómo impacta en su vida diaria. Además, sirve para dar constancia de la evolución individualizada del envejecimiento de cada una de las personas mayores evaluadas”. (López, 2012, pág. 9)

En la historia clínica gerontológica del programa AD “Acompáñame” se registran: a) identificación de la persona mayor; b) características de la vivienda donde reside; c) estructura y dinámica familiar; d) área psicosocial; e) redes de apoyo; f) diagnóstico médico; g) diagnóstico de riesgo; h) observaciones generales del profesional de gerontología.

En base a lo anterior, la historia clínica gerontológica es útil como material de consulta y apoyo para el gerontólogo, el equipo interdisciplinario, y para la sistematización de experiencias más significativas de dicho programa. Es importante resaltar que al igual que en la historia clínica médica, en la historia clínica gerontológica se debe cumplir con los principios el secreto profesional y la propiedad intelectual.

La historia clínica gerontológica debe ser llevada a la reunión de staff del equipo, la cual realizan mensual, con la finalidad de darle un abordaje interdisciplinario.

Finalmente, según (López, 2012, pág. 9) la historia clínica gerontológica debe cumplir con las siguientes condiciones.

- Ser clara: que se traduce en coherencia intelectual entre lo que está anotando y lo que está ocurriendo con la persona mayor.
- Legible: es decir, tener claridad de escritura. En su realización no deben utilizarse abreviaciones, las firmas deben ir acompañadas del nombre completo de quien escribe la historia.
- Ordenada: esto se refiere a la secuencia lógica y coherente entre el todo y sus partes.

- Estar libre de omisiones: no debe excluirse ninguna de las partes constitutivas de este documento y en el caso de no proceder algún apartado es necesaria una explicación de base técnica que lo justifique.

En cuanto el análisis de las historias clínicas gerontológica por parte del grupo investigador se llevó a efecto teniendo en cuenta los siguientes pasos y criterios:

- El consentimiento informado incluía el permiso para la revisión de la historia clínica del usuario que cumplía con los criterios del trabajo de investigación.
- Previo permiso de la institución que archivaba las historias clínicas.
- Durante la revisión, siempre estuvo presente un representante de la institución que archiva las historias clínicas.
- Las historias clínicas no fueron movidas del área que las contiene.
- Durante la revisión, los investigadores no hicieron ninguna modificación a las historias clínicas.
- La información manejada durante la revisión fue de uso exclusivo para el desarrollo del trabajo de investigación cualitativa.

3.6. Procesamiento de la Información

3.6.1. Proceso histórico del programa Atención Domiciliaria “Acompáñame” a partir de la línea del tiempo

Como punto de partida para la Sistematización de la Experiencia del Programa AD “Acompáñame”, se tomó el primer documento de trabajo realizado por el equipo interdisciplinario.

Dentro de la justificación, en este primer documento, argumentan el concepto de vejez desde una perspectiva biologicista, en cuanto que plantean que, el cuerpo o el componente funcional asimila pérdidas neurológicas y fisiológicas asociadas al tiempo, dentro de los cuales, puede considerarse la memoria, la velocidad, las funciones motoras y las funciones visoperceptivas y que estas pérdidas son consideradas irreparables o con una probabilidad de recuperación.

En cuanto a los objetivos, estos continúan siendo los mismos con los que inició el programa, no han sido modificados ni actualizados hasta la fecha.

- Objetivo general

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor guarceña que requiere una atención diferencial y de inclusión, al igual que sus familias y/o cuidadores, mediante la estrategia de la atención domiciliaria en la zona rural y urbana del Municipio de El Retiro. (Ramírez D. G., 2014)

- Objetivos específicos:

- Realizar una valoración del estado de la salud del adulto mayor desde las áreas de Psicología, Enfermería, Gerontología, Nutrición, Medicina y Fisioterapia.
- Educar a los cuidadores frente al cuidado de paciente en cama o con patologías graves.
- Desarrollar actividades de educación sobre el cuidado del cuidador.
- Brindar recomendaciones para el cuidador y paciente desde cada área profesional.
- Reportar casos de vulneración de derechos a los entes encargados. (Ramírez D. G., 2014)

El programa desde sus inicios (2012) hasta la fecha en la cual se realizó la investigación (2019) ha pasado por 4 grandes momentos:

- Primer Momento

La necesidad del programa fue identificada a partir de dos cuestionamientos: En el 2012 el alcalde electo Elkin Villada cuestiona la baja calificación en la ejecución del programa Colombia Mayor dado a que, un alto porcentaje de personas adultas mayores no estaban cobrando el subsidio; propone a los funcionarios de la alcaldía desplazarse hasta la vivienda de las personas mayores, en las visitas domiciliarias se encontraron con personas adultas mayores dependientes y semi dependientes en condiciones precarias de salud, razón por la cual no podían desplazarse a cobrar el subsidio del programa Colombia mayor.

El segundo cuestionamiento, fue el por qué las personas adultas mayores no estaban acudiendo a las actividades que ofrecía el programa Adulto Mayor desde la Alcaldía, realizaron visitas domiciliarias y descubrieron que algunos no asistían por las condiciones de salud en que se encontraban, es ahí donde las profesionales buscan las estrategias de cómo llevar a esas personas que se sentían abandonadas los programas que ofrecía la alcaldía para mejorar la calidad de vida de esta población.

- Segundo Momento

En el 2013 la Gerontóloga Maribel Gil maduró la idea del programa Atención Domiciliara “Acompáñame”, realizó un rastreo de la información con el IMDER y con un equipo de voluntariado, inicialmente realizaron un mapeo en la cabecera urbana y luego por medio de los líderes gerontológicos también obtuvieron información sobre las personas adultas mayores en situación de dependencia y semi-dependencia. Diseñaron una ficha para la localización

identificación y priorización de las personas, la cual fue entregada a los líderes para ser diligenciada; finalmente hicieron la clasificación y la caracterización de la población.

- Tercer Momento

En el año 2014 se empezó a ejecutar el programa, iniciaron la atención aproximadamente con 40 personas adultas mayores, se contaba con un profesional en gerontología adicional que se encargaba del acompañamiento a los cuidadores brindando una educación personalizada, un auxiliar de enfermería y una psicóloga; cada uno de los profesionales construyó una ficha, con un enfoque integral, buscando identificar las necesidades de la persona mayor, luego identificaron que las personas mayores tenían mayor necesidad del acompañamiento de psicología o de enfermería desde el área de cuidados básicos y el enfoque gerontológico con el profesional. Estos profesionales iniciaron con tres visitas mensuales durante la prueba piloto y posteriormente una visita por mes con una duración aproximada de 40 minutos por usuario.

Finalmente, se generó el convenio administrativo con el hospital del municipio, a fin de fortalecer el programa con un médico, un nutricionista y un fisioterapeuta.

Nota: la Gerontóloga Maribel Gil entregó el programa en el año 2015; estuvo vinculada al programa por dos años (2014 – 2015). Del año 2016 no se tienen registros del programa debido al cambio administrativo que se genera cada 4 años en las alcaldías municipales.

- Cuarto Momento

En el año 2017, el programa Adulto Mayor del Municipio es coordinado por la Gerontóloga Lucelly Ríos Gómez, a través de un convenio con la Universidad Católica de Oriente, adicionalmente en el programa AD “Acompáñame” es la encargada de realizar ingresos de los adultos mayores a través de visita domiciliaria. Realizar valoración y seguimiento, consulta gerontológica, ejecución de los recursos, gestión de recursos para fortalecer el programa,

seguimiento y monitoreo a los indicadores establecidos, realizar interventoría al grupo interdisciplinario y presentación de informe de ejecución.

Así mismo diseñó el protocolo de gerontología para la realización de las visitas domiciliarias, y en concertación con el gerente de sistemas de información de la Dirección Local de Salud y la psicóloga diseñaron un programa para sistematizar las historias clínicas iniciales y los seguimientos que se le realizan a las personas mayores del programa AD “Acompáñame” con el fin de tener un pronóstico claro de la evolución de cada uno, así como la segmentación estadística de las patologías más frecuentes en el adulto mayor y edades más vulnerables; dejando así la información en el sistema y en medio físico en cada una de las carpetas.

Para proteger la información de los usuarios establecieron que, solamente tienen acceso al sistema la gerontóloga, la psicóloga y la auxiliar de enfermería; las carpetas son guardadas bajo llave en el Centro Vida y solo tienen acceso a ellas, los profesionales del grupo interdisciplinario antes mencionados. Adicionalmente se estableció que, el profesional en gerontología es quien hace el primer ingreso a la persona mayor y cada uno de los profesionales valora desde cada área y se hace seguimiento de acuerdo a los hallazgos y las necesidades que tenga el usuario.

Finalmente, el programa se comenzó a ejecutar con 40 personas adultas mayores aproximadamente, y en el presente año (2019) cuenta con un total de 64 personas mayores dependientes y semi dependientes vinculadas; es importante resaltar que, durante los años de ejecución el programa ha contado hasta con 80 personas adultas mayores vinculadas, algunas han salido del programa porque ya no lo requieren y por fallecimiento.

3.6.2. Mecanismos y protocolos de intervención durante la implementación del programa

Para el inicio del programa los profesionales del grupo interdisciplinario realizaron una primera reunión para tratar el tema de las redes de apoyo, red de voluntariado y la atención domiciliaria; convocaron al grupo de voluntariado y en las primeras reuniones motivaron a estos voluntarios que harían parte del programa.

Desde los inicios del programa se diseñó el formato de consentimiento donde se les informa que el programa requiere visitas de seguimiento y prácticas en el hogar de cada cuidador en compañía de la familia, el adulto mayor y el equipo interdisciplinario.

Los beneficiarios del programa son todos los adultos mayores pertenecientes al municipio de El Retiro, es decir, aquella persona que cuenta con sesenta (60) años o más, o mayor de cincuenta y cinco (55), cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen. (*LEY 1276 DE 2009*); que se encuentren con movilidad reducida, estén en estado de abandono y vulnerabilidad, estén diagnosticados con patologías altamente incapacitantes o terminales, necesiten cuidador permanente o se hallen en alguna situación que ponga en riesgo su salud e integridad.

Teniendo en cuenta el documento inicial del programa AD Acompáñame, en la primera visita domiciliaria realizaban la valoración teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

(En el documento no se especifica que profesional es quien realiza la primera valoración)

- Evaluación de los patrones funcionales.
- Percepción/mantenimiento de la salud.
- Funcionalidad (Índice de Barthel)
- Sueño/descanso
- Aspecto cognitivo (escala de EVA) y (Cuestionario de mini examen Cognoscitivo (MEC))

- Rol/relaciones, sexualidad,
- Adaptación y tolerancia al estrés
- Valores, creencias

Valoración de los Adultos Mayores de riesgo a través del cuestionario de Baber. (Ramírez D. G., 2014)

Según el rastreo de la información realizada en el año 2019 se encontró que, actualmente la primera visita domiciliaria la realiza el profesional de gerontología, diligencia la historia clínica gerontológica la cual contiene la identificación de la persona mayor, características de la vivienda, estructura y dinámica familiar, área psicosocial, redes de apoyo, diagnóstico médico, si requiere ayuda técnica, diagnóstico de riesgo, observaciones del profesional y valoración funcional (Barthel), luego cada profesional realiza la visita para diligenciar la historia clínica desde su área.

La historia clínica de enfermería contiene los antecedentes personales patológicos, antecedentes quirúrgicos, antecedentes traumáticos, alergias, transfusiones, antecedentes familiares, historia ocupacional, lo que consume, examen físico, observaciones y recomendaciones. Así mismos, la historia clínica de psicología contiene la historia familiar, diagnóstico actual, medicamentos psiquiátricos, antecedentes psicológicos familiares, historia personal, estado de ánimo, examen mental, orientación (persona, espacio y tiempo) y observaciones y recomendaciones.

Posterior a ello, se realiza seguimiento de acuerdo a la necesidad y patologías, dependiendo del caso es la frecuencia del seguimiento realizado por cada profesional.

En la revisión documental de las carpetas de las personas adultas mayores se logró evidenciar que estas contenían el consentimiento informado firmado por el adulto mayor, historia clínica gerontológica, acompañada de la valoración a través del índice de Barthel, los participantes

más antiguos contaban con la valoración al cuidador a través del cuestionario de Zarit; la historia clínica de psicología, cuestionario de mini examen; y la historia clínica de enfermería, cada una de estas acompañada de las respectivas fichas de seguimiento.

Según esta revisión, las carpetas no cuentan con todos los índices, escalas e instrumentos de valoración estipulados en el documento del programa Atención Domiciliara Acompañame; no se cuenta con la planeación de las actividades de los cuidadores, ni con el plan de acción y seguimiento de estos.

En cada una de las áreas los profesionales realizan un protocolo y un plan de acción que responde a las necesidades de las personas mayores según los hallazgos encontrados en las visitas domiciliarias.

Para la atención de las personas mayores vinculadas al Programa Acompaña el profesional en gerontología tiene en cuenta el siguiente protocolo:

- Realiza el ingreso al programa Acompañame a través de la técnica de entrevista (Ficha de visita domiciliaria)
- Realiza la valoración gerontológica, en la cual se evalúa el aspecto biológico, clínico, psicológico, sociológico y económico de la persona adulta mayor.
- Realiza la evaluación funcional y actividades de la vida diaria AVD, verificando el grado de independencia de la persona mayor. (Instrumento Índice de Barthel-WHODAS)
- Verifica junto a la persona mayor su historia clínica
- Registra la evolución de la persona mayor
- Verifica si hay maltrato

- En caso de que se detecte el maltrato o abandono por parte de su grupo familiar se convoca a la familia- y se deja acta.
- Se realiza seguimiento; en caso de que la familia no responda se remite a Comisaria de Familia para la Restitución de Derechos.
- Mide el nivel de carga en las labores del cuidador utilizando la escala de Zarit, para prevenir posibles malas condiciones de salud derivadas de una labor excesiva.
- Hacer recomendaciones de forma oral a la persona adulta mayor y/o al cuidador dependiendo de los hallazgos durante la realización de la visita, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto mayor y/o el cuidador.
- Realiza seguimiento a cada uno de los Adultos Mayores acorde a la situación.
- Favorece la comunicación con el equipo multidisciplinar
- Orienta la Red de apoyo para el cuidado y apoyo en el desarrollo de la atención a las personas mayores en situación de dependencia o semi dependencia del Programa.

Técnicas que se utilizan:

- Entrevista
- Visita Domiciliaria
- Terapia Narrativa
- Terapia familiar
- Talleres de Sico educación
- Talleres ocupacionales

- Documentación y registro de la información
- Evaluación

(Gómez, 2019)

Nota: no se cuenta con una ficha estructurada para realizar el control y seguimiento, y evaluación del proceso e impacto en la persona adulta mayor.

En el área de psicología, el plan de acción se elabora teniendo en cuenta las siguientes actividades:

- Se realiza visita de valoración inicial, donde se llenará una ficha clínica con antecedentes patológicos personales y familiares e historia personal del paciente. Además, se evalúa la parte emocional y cognitiva (aplicando el EXAMEN MENTAL STATE)
- Se brinda herramientas de trabajo en casa para pacientes que lo requieran (en especial cuando se trata de trabajo cognitivo)
- Se proporciona psicoeducación al cuidador y/o familia frente a los factores protectores y de riesgo en la salud mental.
- Se realiza remisiones en caso de observar vulneración de derechos hacia el adulto mayor.
- Se realiza una reunión mensual con el equipo interdisciplinario para estudiar cada uno de los casos y verificar la evolución de los pacientes atendidos. (En la revisión documental realizada para la investigación se pudo constatar el registro de las reuniones del equipo interdisciplinario).

- Se brinda dos capacitaciones en el año a los cuidadores, para educar sobre el manejo de pacientes y de sí mismo en el ámbito de salud mental. (Ramírez D. G., 2014)
(Ramírez M. , 2019)

En el área de enfermería, la auxiliar de enfermería elabora el plan de atención teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Informar al paciente y familia sobre sus problemas de salud y complicaciones potenciales.
- Se proporciona medidas de prevención y complicaciones
- Educar al paciente y familia: sobre higiene, alimentación, movilidad y ejercicio
- Se realiza visita de seguimiento donde se valora la evolución y se tiene en cuenta:
 - El grado de satisfacción de las necesidades captadas en las anteriores visitas
 - Detección de nuevas necesidades.
 - Se realiza un examen físico donde se verifica el estado del paciente en aspectos como la piel, medicamentos y atención brindada por los cuidadores.
 - Se realiza toma de signos vitales.
 - Se reitera los cuidados que se debe tener en cuenta con el paciente y se proporciona recomendaciones al cuidador. (Ramírez D. G., 2014)

Nota: Las profesionales disponen del tiempo en las oficinas ubicadas en el Centro Vida para subirlas al sistema y archivarlas en las carpetas la información recolectada en cada una de las visitas.

En cuanto al médico y a la nutricionista que hacen parte del grupo interdisciplinario del programa AD Acompáñame a través del convenio con el Hospital San Juan de Dios, la primera visita la realizan juntos, tienen en cuenta el siguiente protocolo:

- Se realiza presentación del equipo (médico general, nutricionista).
- Se realiza interrogatorio de datos generales (edad, patologías de base, datos bioquímicos recientes).
- Revisión clínica y diagnóstico.
- Retroalimentación de la atención
- Remisión si es necesario.
- Recomendaciones y signos de alarma. (Ramírez M. , 2019)

Estos dos profesionales registran, almacenan y custodian la información de los usuarios en medio magnéticos desde sus computadores.

Según los anteriores mecanismos y protocolos utilizados en la ejecución del programa AD “Acompáñame”, se logra evidenciar el trabajo y la responsabilidad conjunta del equipo interdisciplinario en el cual según (Leon, 2013) se habla sobre un mismo objeto desde diferentes perspectivas, es así como el programa es un claro ejemplo de ello, en donde el gerontólogo, la psicóloga, la auxiliar de enfermería, la nutricionista, médico y fisioterapeuta intervienen al mismo tiempo desde diferente lugar, pero con un mismo objeto de intervención (personas mayores dependientes y semi dependientes y sus red de apoyo primaria).

Teniendo en cuenta las características de un grupo interdisciplinario descritas por (utopiaCF , 2017) del grupo interdisciplinario del programa se destacan tres características principales:

- Comparten un mismo espacio de trabajo, el cual les permite intercambiar conocimientos y habilidades concretas.
- La participación de todos sus integrantes facilita en rendimiento grupal y la consecución de objetivos.
- Toman las decisiones de forma de forma conjunta e intercambian opiniones de manera constructiva.

3.6.3. Autopercepción y experiencias de la atención integral con relación a la salud de los usuarios del Programa AD Acompáñame

La prevalencia de discapacidad por región geográfica a nivel nacional, realizada por el DANE 2018 y presentada en un documento por (Saldarriaga Concha, 2019), expone la dificultad de las personas para realizar actividades de la vida diaria a nivel nacional, señalando una prevalencia mayor a 7 en la región central del país, con un porcentaje del 7,4% para el departamento de Antioquia, como se muestra a continuación:

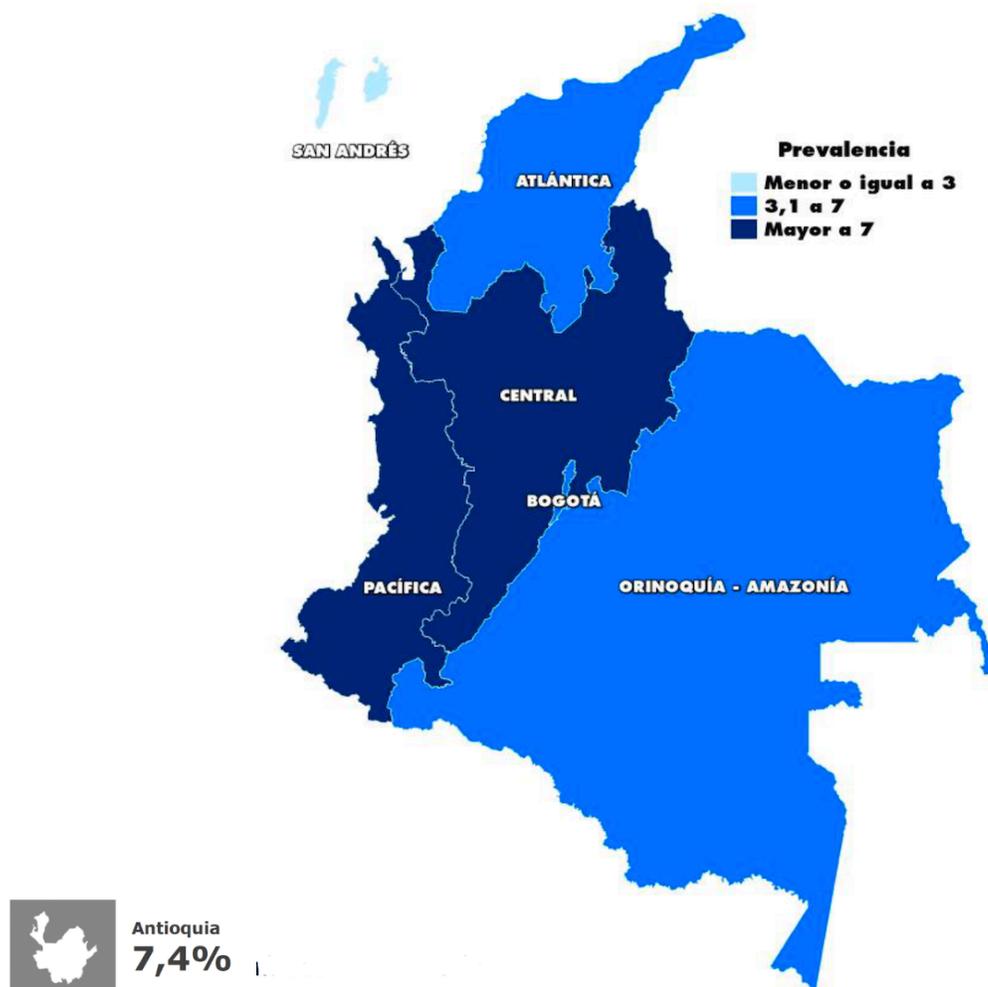


Ilustración 6. Número de Personas de 60 años y más, por cada 100 menores de 15 años

Fuente. Saldarriaga Concha 2019

Con base en lo anterior, la administración del municipio de El Retiro, ha venido ofreciendo un programa de acompañamiento a las personas adultas en situación de dependencia y semi-dependencia, desde el año 2014, programa conformado a través del programa Adulto Mayor para la atención domiciliaria caracterizado por prestar servicios y técnicas de intervención profesional a través de un equipo interdisciplinario cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la calidad

de vida de la población adulta mayor guarceña a través de una atención diferencial y de inclusión, al igual que sus familias y/o cuidadores, mediante la estrategia de la atención domiciliaria en la zona rural y urbana del Municipio.

Para obtener algunas experiencias significativas de las personas mayores que pertenecen actualmente al programa, se entrevistaron teniendo en cuenta algunos criterios de inclusión, como ser, que participaran del programa AD en la actualidad, la edad, que fueran funcionalmente independientes en las áreas cognoscitivas, y que tuvieran un cuidador y/o familiar cuidador.

La muestra de la población elegida para este trabajo de sistematización de las experiencias significativas del programa AD Acompáñame, fueron 15 adultos mayores, sin embargo, uno de los participantes elegido para esta investigación, no se pudo entrevistar porque presentó declive progresivo inmediato de las funciones cognoscitivas.

A continuación, se muestra el rango de edades de los adultos mayores entrevistados:

Tabla 4. Rango de edades de adultos mayores

RANGO DE EDADES	TOTAL
55-60	2
61-69	0
70-79	3
Mayores de 80	9

Fuente propia.

Seguidamente se presenta en las tablas, a través de frecuencias absolutas, la ocupación que realizaba el adulto mayor antes de su estado de incapacidad, su situación familiar, y el familiar y/o cuidador interno o externo.

Tabla 5. Frecuencia absoluta de ocupación

OCUPACIÓN DEL ADULTO MAYOR (Xi)	FRECUENCIA ABSOLUTA (Ni)
Ama de casa	9
Empleada doméstica	1
Agricultor	1
Oficios Varios	3
Σ	14

Fuente Propia.

Tabla 6. Frecuencia absoluta situación familiar

SITUACIÓN FAMILIAR (Xi)	FRECUENCIA ABSOLUTA (Ni)
Vive con esposo (a), hijos y nietos	3
Vive con esposo (a) e hijos	1
Vive con esposo (a)	1
Vive con hijo (a) y nuera o yerno	2
Vive con un hijo (a) y/o nieta	1
Vive con hija o hijo	4
Vive con hermanos (as)	1
Vive con hermano (a) y otro familiar	1
Σ	14

Fuente Propia.

Tabla 7. Frecuencia absoluta Familiar y/o Cuidador

FAMILIAR Y/O CUIDADOR (Xi)	FRECUENCIA ABSOLUTA (Ni)
Hija	9
Hijo	1
Esposo	1
Hermana	1
Hermano	1
Nuera	1
Σ	14

Fuente Propia.

Tabla 8. Frecuencia absoluta Cuidador Externo

CUIDADOR EXTERNO (Xi)	FRECUENCIA ABSOLUTA (Ni)
No	12
Medio tiempo	2
Σ	14

Fuente Propia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se observa que el rango de edades de los entrevistados oscila entre los 55 y 80 años y más de edad, con una inactividad laboral en la actualidad debido a su estado de movilidad reducida. En cuanto a la situación familiar que presenta el grupo de adultos mayores entrevistados, viven con familiares, una mayoría de sexo femenino, también en otros casos, con el esposo y los nietos, siendo el familiar el cuidador, en una mayoría, las hijas de la persona adulta que presenta la incapacidad funcional motora.

El Programa AD Acompáñame llegó a los hogares de las familias guarceñas, a través de la información ofrecida por los profesionales del grupo interdisciplinario que visitaba las distintas áreas del municipio, y a través del programa Adulto Mayor; El grupo interdisciplinario intervenía al adulto mayor y su familia, a través de distintas disciplinas y profesionales, ofreciendo al adulto mayor con discapacidad, soluciones útiles que satisfacían a los usuarios y familias. Cabe anotar que, el trabajo interdisciplinario está enfocado a un mismo objetivo visto desde diferentes perspectivas (Leon, 2013), ejemplarizado en la Gerontología, y en el caso que nos ocupa, con la intervención del médico general, auxiliar de enfermería, psicólogo, nutricionista y fisioterapeuta.

Es así como la atención domiciliaria del Programa AD Acompáñame, basada en una atención integral ofrecida a las personas desde una perspectiva biopsicosocial, al igual que a la familia, aplicando la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la recuperación y por último una etapa de rehabilitación a través de la implementación de la multidisciplinaredad y equipos interdisciplinarios (Ministerio de Salud, 2017), fue percibida por los adultos mayores entrevistados, como una atención excelente que permite sentir al usuario y a su familia y/o cuidador, que no está solo, que tanto ellos como sus familiares y/o cuidadores tienen ayuda extrínseca brindada por un grupo de profesionales que los atienden con base en un código deontológico, apoyando la salud de los entrevistados en todo momento.

Para algunos adultos mayores su percepción sobre su salud, es que ésta ha permanecido estable, y en otros casos, se ha producido una mejoría, apoyando los niveles de su calidad de vida. Es claro que, para los usuarios entrevistados, la calidad de vida, la definen teniendo en cuenta el punto que hace alusión al reconocimiento que, como adulto mayor, recibe por parte del grupo interdisciplinario, en cuanto a su valoración, y la confianza que le brinda el grupo de profesionales. (Sabe , 2015)

Teniendo en cuenta lo anteriormente citado, los adultos mayores entrevistados se sienten satisfechos con el Programa AD Acompáñame, mostrando gran interés de continuar perteneciendo al programa porque han sentido que ha mejorado su calidad de vida, a través de la atención diferencial y de inclusión que se les ofrece, tanto a los usuarios como a sus familias y/o cuidadores.

Cabe destacar que, los adultos mayores entrevistados expresan que su experiencia más significativa es la visita de los profesionales porque les produce alegría y sienten que están pendientes de ellos, que no se encuentran solos y que pueden contar con el apoyo profesional del equipo interdisciplinario, percepción positiva hacia el programa AD Acompáñame por parte de los usuarios, alcanzada por el cumplimiento del objetivo de una atención integral, donde el usuario se atiende como un ser humano íntegro, al igual que a su familia y/o cuidador, sin separar la parte humana que para ellos es tan importante.

3.6.4. Autopercepción y experiencias de la atención integral por parte del familiar y/o cuidador del Programa AD Acompáñame.

Durante el desarrollo de este trabajo de sistematización, se consideró relevante la percepción de los cuidadores frente al programa AD Acompáñame, al igual que sus experiencias durante el tiempo de cuidado de su familiar, y la interacción con el equipo interdisciplinario de profesionales que ofrecen el apoyo a domicilio.

Las edades de los familiares y/o cuidadores que formaron parte de las entrevistas para esta investigación de sistematización de experiencias, se muestra a continuación:

Tabla 9. Rango de edades de los cuidadores

RANGO DE EDADES	TOTAL
30-40	2
41-50	3
51-60	3
61-70	3
71-80	2
81 en adelante	1
	14

Fuente Propia.

En cuanto al tiempo de asistencia al adulto mayor por parte del familiar y/o cuidador y el parentesco con la persona mayor a la que se brinda el cuidado, se presenta en las siguientes tablas de frecuencias absolutas:

Tabla 10. Frecuencia absoluta de tiempo de asistencia

TIEMPO DE ASISTENCIA (Xi)	FRECUENCIA ABSOLUTA (Ni)
5 meses a 1 año	2
2 - 5 años	4
6 - 10 años	3
11 - 15 años	3
16 - 20 años	2
Σ	14

Fuente Propia.

Tabla 11. Frecuencia absoluta de parentesco con el adulto mayor

PARENTESCO (Xi)	FRECUENCIA ABSOLUTA (Ni)
Hija	8
Hijo	1
Esposo	1
Nuera	1
Yerno	1
Hermana	1
Tía	1
Σ	14

Fuente Propia.

La información obtenida durante el trabajo de sistematización de experiencias del programa AD Acompáñame, muestra que un número importante de los cuidadores informales son adultos y adultos mayores entre los 40 y 80 años, convirtiéndose el familiar en aquella persona que abarca las necesidades psicológicas, sociales y básicas del adulto mayor que requiere de sus cuidados en las acciones domiciliarias de la vida diaria, trabajo realizado por voluntad propia, o arbitrariamente, o por comodidad de terceros. Sin embargo, dicha denominación de cuidador informal también puede responder a la falta de información y preparación para desarrollar las actividades de cuidado.

El familiar y/o cuidador que se ha comprometido a cuidar del adulto mayor, sufre cambios en su familia cuando es casado, en su trabajo, el tiempo libre y aún en su salud, como en el caso de los cuidadores que han sido entrevistados, que han sentido un cambio en sus vidas, desde el

momento que iniciaron a asistir a su familiar con movilidad reducida, ya que desarrollan generalmente, varios roles al mismo tiempo, como ser, el rol de madres de familia, esposas, hijas y/o persona que trabaja fuera del hogar, citando también, los casos del rol de esposo, hijo o yerno, distribuyendo el tiempo para las diferentes actividades que debe desarrollar un cuidador (a).

También se determinó en la investigación que la mayoría de los cuidadores son de sexo femenino con el parentesco de hijas, ya que el cuidado es una labor que recae en las mujeres generalmente y que cuando estas son adultas, ejercen diferentes roles domésticos con una alta carga laboral. (OIT, 2009)

El cuidado es una actividad que requiere un proceso de empatía y una dimensión de intersubjetividad, por ello es compleja, y exige entrega en los siguientes aspectos fundamentales:

- Apoyo en las actividades de la vida diaria (AVD)
- Guiar al adulto mayor al adaptamiento de la discapacidad, promoviendo el autocuidado y autonomía y controlando sus miedos.
- Aceptar al paciente, sin condicionarlo a exigencias propias, facilitando su expresión emocional.
- Apoyar el proceso para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

Generalmente el cuidador se encarga de hacer cosas muy básicas como pasar un vaso con agua, hasta ayudar en las actividades de la casa, su higiene, como también en el desplazamiento de la persona. Está atento de la toma de los medicamentos, asiste las actividades de enfermería, resuelve situaciones intrafamiliares, y se encarga, en algunas ocasiones, de administrar el dinero o bienes de del adulto. (Soriano, 2014)

Los cuidadores entrevistados han ofrecido una compañía 24/7 al adulto mayor discapacitado durante varios meses y/o años, y ante este hecho, han percibido como necesidades

primordiales de los adultos mayores, que el adulto tenga todas sus medicinas, lo que produce tranquilidad a ambas partes (adulto mayor y cuidador), y también, que la infraestructura de la vivienda sea apropiada para vivir, sin embargo, resaltaron de manera relevante, la necesidad de una constante compañía, lo que genera en el adulto mayor confianza y seguridad, disipando el sentimiento de soledad, al igual que el diálogo por medio del cual, el adulto puede expresar día a día sus emociones y dudas, creando una atmósfera de importancia hacia la persona adulta.

En cuanto a las motivaciones por parte de los cuidadores para aceptar el apoyo del programa AD Acompáñame fueron, el recibir un conocimiento en cuanto al cuidado al adulto mayor, ya que 7 de los entrevistados respondieron no tener experiencia sobre el cuidado, y 5 de los entrevistados contestaron, sí tener alguna experiencia, implicando que, la atención que brinda el familiar y/o cuidador no sea suficiente y eficiente para apoyar el proceso de sostenimiento o recuperación de la salud del adulto mayor. En ese orden de ideas, el acompañamiento realizado por el Programa AD Acompáñame, beneficia a los cuidadores del adulto mayor, porque les ofrece recomendaciones, no solamente para el cuidado del adulto mayor si no, para el autocuidado del cuidador evitando que se presente la carga laboral del cuidador o síndrome de Burnout.

Para el cuidador, también fue importante expresar, la manera como el grupo interdisciplinario del Programa, interviene al adulto mayor en las diferentes visitas, refiriéndolas como, visitas amables, donde el profesional del grupo interdisciplinario interactúa de forma humana con el adulto, y a través del diálogo, el profesional se entera del mejoramiento de la salud, dejando recomendaciones para continuar con la mejoría o sostenimiento de la salud del usuario. De esta manera, se plasma parte del objetivo del programa AD Acompáñame, el cual es, contribuir con una atención diferencial y de inclusión; Es por ello que los cuidadores entrevistados estuvieron de acuerdo que la atención integral del programa se ajusta a las necesidades del adulto,

porque el grupo interdisciplinario se interesa en la mejora de la calidad de vida desde una perspectiva integral, cubriendo el área biopsicosocial del adulto mayor, incorporando el cuidado del cuidador y de la familia.

Hay que mencionar, además, que la atención integral ofrecida por el programa AD Acompáñame a las personas mayores dependientes y semi dependientes, ha producido resultados positivos en la población guarceña, tanto del casco urbano como rural, incentivando el ánimo de los hogares con presencia de persona mayor dependiente y semi dependiente, para continuar en el programa, lo que representa bienestar en la salud del adulto, controlando el proceso de rehabilitación o sostenimiento de la salud de manera permanente por parte del equipo interdisciplinario, evitando que, se produzca un deterioro funcional de la población en mención.

3.6.5. Redes de Apoyo Socio familiar

Teniendo en cuenta que la red de apoyo está definida como el conjunto de relaciones interpersonales que asocian a las personas entre sí y con su entorno, ofreciendo un sustento o mejora al bienestar emocional, físico y material (Cepal, 2003), se pudo concluir a través del proceso de investigación del presente trabajo de sistematización de experiencias significativas del Programa AD Acompáñame del Municipio de El Retiro, que las redes de apoyo con las cuales cuenta el adulto mayor son las redes de apoyo primaria, y la red de apoyo institucional.

Las redes primarias, se han hecho presentes, generalmente por parte del familiar y/o cuidador, y en algunos casos, de la familia que comparte la vivienda con el adulto mayor, sin embargo, el adulto mayor recibe esporádicamente visitas de los otros miembros familiares, constituyendo un vértice importante a fortalecer, ya que las redes primarias como ser la familia y amigos, pueden aportar prácticas sencillas como el acompañamiento para la escucha del adulto

mayor, mirar televisión, oír música, diálogo y ofrecer un apoyo emocional y económico entre otros. (FUNBAM, 2015)

En cuanto a la red terciaria o institucional, se pudo establecer que, esta red representada en el Programa AD Acompáñame, ha ofrecido un importante apoyo a la salud del adulto mayor con movilidad reducida, con el desplazamiento del grupo interdisciplinario hasta el hogar del usuario, e interviniendo en su cuidado, al igual que, en el apoyo al familiar y/o cuidador.

Es importante destacar que las redes de apoyo secundarias, las conformadas por grupos recreativos, grupos de adultos mayores, organizaciones religiosas, sociales y civiles, constituyen un frente importante para comenzar a trabajar, ya que se encuentran desarticuladas, y en un momento dado, pueden representar para el adulto mayor un apoyo y servicio significativo.

3.6.6. Logros, dificultades y aprendizajes del proceso evolutivo del Programa AD Acompáñame

El Programa AD Acompáñame del municipio de El Retiro, aunque solamente lleva en desarrollo aproximadamente 7 años, ha generado importantes expectativas para las familias que cuentan en sus hogares con presencia de personas mayores dependientes y semi dependientes funcional, al igual que perspectivas en los diferentes actores como ser el cuidador y los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario.

Por esta razón, a continuación, se exponen las dificultades que se presentaron al inicio del programa, y las que persisten en la actualidad, al igual que los logros obtenidos durante el proceso de el mismo, y los aprendizajes que arroja el desarrollo del programa desde sus inicios.

Dificultades superadas del Programa AD Acompáñame

- Al inicio del programa no se contaba con una caracterización de la población adulta mayor con movilidad reducida, lo que hubiera permitido abordar el problema de la no asistencia de las personas al programa Adulto Mayor. En la actualidad existe una caracterización de la población con discapacidad que pertenece al programa AD Acompáñame.
- No existía un grupo interdisciplinario completo al principio del programa, solo el conformado por la gerontóloga de turno, un auxiliar en enfermería, el psicólogo y el grupo de voluntariado. El Programa AD Acompáñame, en la actualidad, cuenta con un grupo interdisciplinario completo: médico general, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería y gerontóloga.
- En el comienzo del Programa, se presentó desacuerdo entre los jóvenes que pertenecían al grupo interdisciplinario (gerontóloga, auxiliar de enfermería, psicóloga) y el grupo de voluntariado de enfermeras jubiladas del hospital, por ser dos generaciones diferentes. En la actualidad, el grupo interdisciplinario cuenta con profesionales y técnicos, jóvenes y personas adultas, los cuales trabajan en equipo de manera competente.

Dificultades persistentes del Programa AD Acompáñame

- No se dispone de un profesional de Gerontología de tiempo completo para las visitas de ingreso y seguimiento al programa dado que la profesional en Gerontología también debe encargarse de la dirección de la Casa del Adulto mayor (CAM).
- Aunque durante la administración del Alcalde Elkin Darío Villada Henao, se generó un convenio administrativo, el cual contenía el fortalecimiento del programa con otros

profesionales (medico y nutricionista), en la actualidad, se percibe inestabilidad del convenio con el Hospital, para sostener el grupo interdisciplinario.

- Aún hay desconocimiento por parte del cuidador de su rol, lo que conlleva a la ausencia de empoderamiento de los cuidadores con el programa.

Logros obtenidos durante el desarrollo del programa AD Acompáñame

- La logística del programa se fue desarrollando a medida que, se aplicaba a la población mayor dependiente y semi dependiente, hasta tal punto que, en la actualidad, se dispone de la logística requerida para el desarrollo del programa AD Acompáñame.
- El Programa no solamente cuenta en la actualidad con la caracterización de la población de personas mayores con discapacidad si no que, realiza el seguimiento y monitoreo a través de indicadores establecidos en el plan de desarrollo y el plan de acción.
- Se cuenta con un conductor para transportar a los profesionales en la zona urbana.
- La confianza que se generó en los adultos mayores y sus cuidadores al inicio del programa, sigue sostenida con el trabajo coordinado del equipo interdisciplinar, lo que también enriquece el programa, siendo un factor que favorece la atención integral de la persona mayor.
- Al inicio la comunicación del programa a la población del municipio de El Retiro fue compleja, sin embargo, utilizando diferentes mecanismos, por parte de la administración de CAM y los profesionales del programa, se ha logrado que, sea reconocido en el municipio por las diferentes secretarías, al igual que por la comunidad, por la atención

integral que ofrece a las personas mayores con discapacidad, tanto en zona urbana como rural.

- Desde el inicio del programa hasta la actualidad, se generó en los adultos mayores con discapacidad el deseo de vivir pese a su situación de dependencia o semi-dependencia.
- A través del desarrollo de diferentes acciones con base en el programa AD Acompáñame, realizadas por la administración de la CAM y el equipo interdisciplinario, se ha logrado restablecer los derechos de la persona mayor y se ha alcanzado una sensibilización del autocuidado del cuidador
- El Programa ha aportado a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes y semi dependientes.
- La aplicación del programa a la población mayor dependiente y semi dependiente, ha aportado al crecimiento personal y profesional del personal del grupo interdisciplinario.

Aprendizajes ofrecidos por el Programa AD Acompáñame

- A mejor tecnología, mayor rendimiento en la aplicación del Programa a nivel municipal, porque permitirá una superior cobertura e información del programa a la población.
- Es necesario contar siempre con un equipo interdisciplinario completo para ofertar una atención integral y centrada en la persona adulta mayor y su familiar y/o cuidador, llevando a efecto un seguimiento de la mejoría o sostenimiento de la salud del usuario.
- La atención oportuna y la terapia continua, unida a la actitud positiva de la persona mayor, son factores favorables que contribuyen con el mantenimiento de las AVD.

- El equipo interdisciplinar ha aprendido a manejar al adulto mayor en situaciones económicas precarias, y ha fortalecido el diálogo y escucha del adulto mayor.
- La escucha para este grupo de personas generada por el cuidador y su familia es un factor determinante que incide en el proceso de su rehabilitación.
- Por ser el cuidador el eje de la estructuración del cuidado del adulto es importante seguir fortaleciendo el acompañamiento al cuidador, para generarle interés en su proyecto de vida y más consciencia en su autocuidado.
- Es necesario empoderar a los cuidadores y las familias frente al cuidado de la persona mayor que se encuentra en situación de dependencia o semi-dependencia, para lograr mejores resultados en el mejoramiento de la calidad de vida.
- Frente a la indiferencia que se presenta por parte de algunas familias hacia la persona mayor, es necesario seguir trabajando las redes de apoyo primarias.
- Las redes de apoyo secundarias y terciarias forman parte importante del apoyo del adulto mayor discapacitado, por lo tanto, sería interesante poder contar con un plan para estructurarlas.
- El entorno socio familiar favorable es un factor determinante para la persona mayor en situación de dependencia o semi-dependencia.
- La gratitud y satisfacción expresada por los adultos mayores y el familiar y/o cuidador hacia los profesionales, ha fortalecido el compromiso de los profesionales frente al programa.
- El Programa AD Acompáñame, desarrollado únicamente en el municipio de El Retiro, es ejemplo del trabajo social realizado por la Administración municipal, programa que, por

sus positivos resultados, pudiera ser ejecutado en otros territorios del departamento de Antioquia, y otros departamentos del país.

CONCLUSIONES

- En relación con el primer objetivo específico sobre los referentes históricos del programa Atención Domiciliaria AD “Acompáñame”, se evidenció que nació por dos cuestionamientos: 1) baja calificación en la ejecución del programa Colombia Mayor en el año 2012; en el documento de consulta no se especifica la puntuación. 2) Falta de asistencia de personas adultas mayores en las actividades del programa Adulto Mayor. Es importante señalar que la propuesta se materializó en el año 2013, es decir, el programa se viene ejecutando en el municipio de El Retiro Antioquia hace 7 años.
- Los objetivos del Programa AD Acompáñame establecidos desde su inicio en el 2013, se continúan aplicando actualmente, los cuales fueron orientados a ofrecer calidad de vida y una atención integral y diferencial a las personas mayores dependientes y semi-dependientes en AVD, y a los cuidadores principales, por medio de un equipo interdisciplinario que comprende las áreas de Gerontología, Psicología, Enfermería, Gerontología, Nutrición, Medicina y Fisioterapia, dedicados a realizar valoraciones, educación y recomendaciones de autocuidado al igual que restitución de derechos.
- En lo pertinente al segundo objetivo específico sobre el proceso de intervención, se constató que el programa AD Acompáñame ha venido presentando pasos evolutivos importantes, en cuanto a: Mapeo de la cabecera urbana y rural, rastreo

de información a través de líderes gerontológicos de la población adulta mayor dependiente y semi-dependiente y diseño de ficha de priorización para la atención; en el año 2014 se inicia a conformar el equipo interdisciplinario generando un convenio con el Hospital San Juan de Dios de el municipio de El Retiro a fin de fortalecer la atención integral y diferencial; entre el periodo 2017-2019 se generó el protocolo de Gerontología, se hicieron ajustes a la ficha de ingreso de gerontología y se sistematizó el programa quedando la información de cada usuario en un sistema electrónico y en carpetas, con una cobertura poblacional que ha oscilado desde sus inicios con 40 a 60 usuarios en la actualidad.

- Con relación a los protocolos e instrumentos utilizados que han sido utilizados y siguen siendo aplicados por los profesionales son: índice de Barthel, Escala EVA, cuestionario mini examen Cognoscitivo (MEC), Zarit, AVD, Anamnesis, historia clínica, fichas de observación nutricional, ficha de ingreso (historia gerontológica), historia de psicología e historia de enfermería.
- El ingreso de los usuarios al Programa AD Acompáñame, es realizado por el profesional en Gerontología, a través de un proceso que comprende las siguientes técnicas: Entrevista, observación, terapia narrativa, terapia familiar, talleres de Psico educación, talleres ocupacionales, documentación y registro de la información y evaluación.

- En cuanto al área de Psicología, la profesional aplica el instrumento de Mini Mental State para verificar el estado de capacidades cognitivas, ficha clínica psicológica que contiene antecedentes patológicos personales y familiares e historia personal del paciente, ficha de seguimiento la cual es sistematizada y a partir de la cual, se toman decisiones para el plan de acción individual, tanto para la persona mayor como para el cuidador.
- La auxiliar de enfermería en formato de Word, registra la asistencia y la orientación tanto a la persona mayor como al cuidador principal, en cuanto a educación en salud al cuidador principal y direccionamiento de Promoción y Prevención (PyP) a la persona mayor, haciendo un seguimiento para determinar la evolución o por el contrario, la desmejora del usuario. Este formato comprende: antecedentes personales patológicos, antecedentes quirúrgicos, antecedentes traumáticos, alergias, transfusiones, antecedentes familiares, historia ocupacional, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), examen físico y valoración de signos vitales.
- El profesional en medicina general y la nutricionista, prestan sus servicios aplicando los siguientes protocolos y técnicas: interrogatorio de datos generales, revisión clínica, diagnóstico, retroalimentación de la atención, remisión en caso necesario, recomendaciones generales y signos de alarma, los cuales son registrados en Word y Excel en formatos de plantillas.

- Antes de presentar la percepción de los adultos mayores se ofrece una breve caracterización de los participantes. Las entrevistas se realizaron a personas mayores del área urbana y rural del municipio de El Retiro, con una muestra de 15 participantes, de los cuales 2 son de sexo masculino y 13 de sexo femenino, presentando 5 personas mayores estado civil de casado, y 10 un estado civil de viudos (as) y divorciados (as), oscilantes entre los 55 y 80 años de edad, con un rol predominante de ama de casa, evidenciando un nivel de dependencia y semi-dependencia leve y moderada en las AVD.
- Dentro de la sistematización de la investigación del Programa AD Acompáñame, se concluye que el 9% de los entrevistados son cuidadores y/o familiares, de sexo femenino, exceptuando una cuidadora que es externa y un cuidador de sexo masculino, resultado que concuerda con (OIT, 2009), la cual hace referencia a una investigación donde se determinó que la mayoría de los cuidadores de las personas mayores son de sexo femenino con el parentesco de hija, presentando una alta carga como cuidador.
- En cuanto al tercer objetivo específico sobre experiencia y autopercepción de los participantes, se pudo evidenciar que, en forma general, la percepción del programa por parte de las personas mayores fue dirigido hacia el acompañamiento emocional, seguimiento en su proceso de salud y visibilización social, como se pudo constatar con algunos testimonios que se presentan a continuación: Persona mayor que hizo referencia a la importancia del sostenimiento de la salud por parte del grupo

interdisciplinario: “Cuando ellos han venido a veces me han encontrado bañada en lágrimas por el dolor y ellos me oyen, me alientan y el dolor se hace llevadero”. Otro usuario percibió el programa como complemento de compañía: “Es un programa que me brinda compañía, empatía y salud”. Y un tercer adulto mayor valoró el programa como la visibilización de la población mayor así: “Me da mucha alegría que lleguen personas a visitarme de un nivel tan alto a ayudarme, a escucharme y que estén pendientes de mi salud”.

- En cuanto a la percepción de los profesionales, en su mayoría, se evidenció principalmente, que el programa se orienta a ofrecer acompañamiento a las personas mayores y sus cuidadores facilitando el proceso de mejoría o sostenimiento en la salud y la calidad de vida, generando sentimientos de importancia y utilidad y valorando la intervención individual como proceso de aprendizaje. También es interesante señalar que la percepción de algunos profesionales en particular, el médico y dada la alta rotación de profesionales, la juventud, la falta de experiencia a la atención al adulto mayor, entre otros, pueden generar ciertas ideas estereotipadas en cuanto al adulto mayor y su atención, ya que manifiestan que dicha atención es meramente instrumental y algunos adultos mayores son demandantes, lo que requiere mayor preparación de los profesionales en el componente geronto-geriátrico.
- En la red familiar en cuanto a las dificultades, logros y aprendizajes se encontró que el programa cuenta con visitas bimensuales por parte del equipo

interdisciplinario, sin embargo, la red de apoyo entrevistada, sugiere tener las visitas mensualmente, por sentir la persona mayor y el cuidador, una buena asistencia por parte del equipo interdisciplinario; igualmente el equipo esta constituido por 6 profesionales, no obstante, es notorio señalar que es necesario ampliar la planta de cargo dada por el volumen de población a atender en zona rural y urbana. Si bien el programa cuenta con una coordinadora gerontóloga que cumple con muchas acciones entre las cuales esta el direccionamiento del Programa Adulto Mayor, se evidencia la necesidad de un segundo profesional en Gerontología dedicado a el seguimiento de los usuarios que pertenecen al programa AD Acompañame.

- Se identificaron muchos logros entre los cuales se destacan: La confianza generada por parte del equipo interdisciplinario a los adultos mayores, la logística para el desarrollo del programa, el restablecimiento de los derechos de personas mayores, mejora de la calidad de vida de los adultos dependientes y semi- dependientes, manifestado por 11 personas entrevistadas que dijeron presentar mejoría en su estado de salud y 3 mantenerse estable, gracias al acompañamiento de los profesionales del programa.
- En cuanto a la red de apoyo institucional, los aprendizajes por parte de los profesionales destacaron que la atención integral debe incluir las distintas áreas (biospsicosocial) del adulto mayor y su cuidador, aportando al mejoramiento de su calidad de vida y brindando un acompañamiento con dignidad y compromiso con

la vida; también los profesionales verificaron la necesidad de seguir empoderando al cuidador en su rol y en su autocuidado, para evitar la sobrecarga del cuidador. Dentro de los diferentes aprendizajes de las personas adultas mayores sobresalió la concientización del autocuidado como base para el mejoramiento de la calidad de vida en la vejez.

- El trabajo del equipo interdisciplinario del programa AD “Acompáñame” se ajusta a las características descritas por (Utopía CF , 2017) el cual hace referencia a que, el trabajo interdisciplinario debe presentar tres características principales, siendo la primera, el compartir un mismo espacio de trabajo donde se intercambian conocimientos y habilidades concretas; la segunda, es la participación de todos sus integrantes lo que facilita el rendimiento grupal y la consecución de objetivos; y por último, la toma de decisiones de forma conjunta e intercambio de opiniones de manera constructiva.

SUGERENCIAS

Las siguientes sugerencias se realizan teniendo en cuenta el resultado de las entrevistas realizadas a los profesionales del programa AD Acompáñame y a las personas adultas mayores vinculadas al programa y las familias y/o cuidador principal.

- Fortalecer la red primaria de apoyo socio familiar de las personas adultas mayores para concientizarlos de lo que significa e implica, ser cuidador, y de esta manera brinden mayor apoyo al cuidador principal, debido a que, se evidenció que el cuidador principal en su mayoría es un familiar y reciben poca ayuda por parte de la familia, vecinos y amigos.
- El gerontólogo, conjuntamente, con el cuidador y/o familiar, realice un plan de actividades, con el objetivo de establecer tiempo de descanso para el cuidador, con el respectivo seguimiento por parte del profesional en Gerontología.
- Visibilizar el programa a través de los medios de comunicación del municipio y cartelera exhibidas en el centro vida con información del programa.
- Continuar realizando capacitación grupal y personalizada a los cuidadores principales y/o familiares, a fin de evitar el síndrome de Bourn out y hacer seguimiento y evaluación periódica, teniendo en cuenta que las personas cuidadoras entrevistadas, en su mayoría brindan un cuidado empírico.

- Concientizar en las capacitaciones a los cuidadores, para que establezcan límites en los cuidados, es decir, saber cuáles son las actividades en las que deben brindar apoyo y cuales puede hacer por sí misma la persona adulta mayor que están cuidando; de esta forma se evita pérdida de autonomía de las personas mayores.
- Realizar las visitas domiciliarias una vez por mes o antes según sea el estado de salud en el que se encuentre la persona mayor y su cuidador.
- Hacer una explicación, por parte del equipo interdisciplinario a la familia y/o cuidador de la importancia de cada uno de los profesionales en la atención de la persona adulta mayor y el cuidador, y exponer las funciones que cada uno realiza desde su área, esto debido a que, según las entrevistas, le dan más importancia a la atención médica.
- Los profesionales que conforman el grupo interdisciplinario tenga periodos más largos en el programa para lograr desarrollar los objetivos que propone el programa AD Acompáñame.
- El programa AD Acompáñame requiere de un profesional en gerontología adicional al que coordina el programa Adulto Mayor de la Dirección Local de Salud, para que realice un acompañamiento de tiempo completo al programa AD “Acompáñame”

- Los profesionales que integran el grupo interdisciplinario del programa reciban capacitación por parte del profesional de gerontología sobre los temas de vejez y envejecimiento humano, con el objetivo de ampliar conceptos sobre los temas ya dichos.
- Ajustar el consentimiento informado del programa AD “Acompáñame” a fin de que se evidencie quien es la persona responsable encargada de diligenciarlo, se especifiquen las condiciones de participación del programa, en qué momento el usuario es desvinculado del programa o si puede retirarse de manera voluntaria, cómo se protegerá la información recolectada, quién será el encargado de la custodia de la información, quiénes conforman el equipo interdisciplinario y cuáles son los beneficios que recibirán por parte del programa.
- Implementar en el programa AD “Acompáñame” el instrumento de valoración cognitiva y afectiva (YESAVAGE), valoración social y autocuidado (historia social), y valoración de la marcha y el balance (escala de Tinetti) y evaluación socio-familiar (interrogante sobre la situación social).

APENDICES

Apéndice 1 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN EL PROGRAMA AD ACOMPAÑAME DESDE SUS INICIOS

COMPONENTE I. DATOS PERSONALES
Nombre:
Edad: 48
Profesión:
Lugar de origen:
Tiempo vinculado al programa:
Cargo:
COMPONENTE II. ENFOQUE ADMINISTRATIVO
¿Pertenece al grupo de profesionales de la Casa del Adulto Mayor, del IMDER, de la alcaldía o del hospital al inicio del programa AD?
¿Cuál era su función al inicio del programa?
¿Con cuántos profesionales y de qué áreas inició la atención domiciliaria?
¿Tenía conocimiento o experiencia sobre el trabajo con adultos mayores?
¿Cómo consiguieron la información de la población a ser intervenida?
¿Cuáles eran las necesidades de la población al inicio del programa?
¿Realizaron reuniones antes de la atención de la población? ¿Recuerda los temas tratados?
COMPONENTE III. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Háblenos sobre los servicios y estrategias (tipos de servicios, frecuencia y duración en la prestación del servicio, recursos empleados, seguimiento, logros y dificultades, etc.) que se desarrollaron para atender a los adultos mayores en sus inicios.
Háblenos de las estrategias que emplearon para acompañar al programa en sus momentos iniciales.
¿Qué lineamientos o protocolos utilizaban para el seguimiento de la prestación del servicio?
¿Cuál era el rol o función de los cuidadores y/o familiares y cómo se vinculaban con la prestación del servicio?
COMPONENTE IV. EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES
¿Qué observaba usted en cuanto a las redes de apoyo del adulto mayor a ser intervenido?
¿De qué forma se socializaban los servicios en la comunidad?
¿Qué otra experiencia puede compartir sobre el inicio del programa?

*Apéndice 2 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA PROFESIONALES QUE PARTICIPAN
ACTUALMENTE EN EL PROGRAMA AD ACOMPAÑAME*

COMPONENTE I. DATOS PERSONALES
Nombre:
Edad:
Profesión:
Lugar de origen:
Tiempo vinculado en el programa:
Cargo:
COMPONENTE II. ENFOQUE ADMINISTRATIVO
¿Qué análisis haría desde los componentes de FODA, desde el componente administrativo, del recurso humano, financiero, técnico, imagen social, etc.? Fortalezas: Oportunidades: Debilidades: Amenazas:
¿Tiene conocimientos amplios sobre la atención humanizada y centrada en la persona adulta mayor?
¿Cómo concibe la atención integral de los adultos mayores del programa AD Acompañame?

¿A partir de la pregunta anterior, cuáles conceptos y estrategias se emplean, para la atención de los adultos mayores del programa AD Acompáñame, desde el concepto humanizado y centrado en la persona?
¿Cuáles son sus funciones en el programa AD Acompáñame?
COMPONENTE III. PRESTACIÓN DE SERVICIOS
¿Para usted que es la vejez?
¿Cuál es su concepto de adulto mayor en situación de dependencia?
Háblenos sobre los servicios y estrategias (tipos de servicios, frecuencia y duración en la prestación del servicio, recursos empleados, seguimiento, logros y dificultades, etc.), empleados como profesionales.
¿Qué estrategias emplean para la priorización en la atención de los casos?
¿Qué acciones implementan para la atención del AD, desde un enfoque interdisciplinario?
¿Qué lineamientos o protocolos (procedimientos, instrumentos, normatividad) utilizan para el seguimiento de la prestación del servicio?
COMPONENTE IV. CUIDADOS Y REDES DE APOYO
¿Qué acciones se emplean para involucrar las redes de apoyo y el cuidador del adulto mayor intervenido? (en la entrevista diferenciar entre cuidador AM y joven)
COMPONENTE V. EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES
¿Tenía conocimiento o experiencia sobre el trabajo con adultos mayores?
¿Cuáles serían sus retos como profesional, frente a la atención del adulto mayor en el programa AD?
¿Qué aprendizajes ha percibido durante este proceso de atención?
¿Cuáles son las experiencias significativas que usted ha tenido en el programa AD Acompáñame?
¿Qué otra experiencia puede compartir sobre el programa AD Acompáñame?

*Apéndice 3 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA USUARIOS ADULTOS (AS) MAYORES
QUE PERTENECEN AL PROGRAMA AD ACOMPAÑAME*

COMPONENTE I. DATOS PERSONALES
Nombre:
Edad:
Ocupación:
Nivel de escolaridad:
Lugar de origen:
Casado (a) -Viudo (a) -Soltero (a):
Situación familiar- Vive con: Solo (a)____ Familiares ____ Pareja____
Familiar cuidador:
Cuidador externo:
COMPONENTE II. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y CUIDADO
¿Cómo se enteró de la atención domiciliaria ofrecida por el programa AD Acompáñame?
¿Hace cuánto pertenece al programa AD Acompáñame?
¿Cómo fue el primer acercamiento de los profesionales?
¿Por qué fue necesaria la atención a domicilio del programa AD?
¿Cómo percibe la atención domiciliaria? ¿Por qué?
¿Para usted, qué es lo más importante de la atención domiciliaria del programa?
¿Ha habido algún cambio importante en su salud durante el tiempo que ha pertenecido al programa AD Acompáñame?

COMPONENTE III. REDES DE APOYO
¿Su familiar y/o cuidador realiza función solo de compañía?
¿La atención domiciliaria, ha disminuido la carga de su cuidador o familiar cuidador? ¿Cómo?
¿Recibe otro tipo de ayuda fuera de los cuidadores? ¿Ayuda de vecinos o amigos?
¿Cómo describiría su relación social con su entorno?
¿Qué le sumaría a la atención que le es prestada en su domicilio por parte del grupo interdisciplinario?
COMPONENTE V. EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES
¿Está interesado (a) en continuar con el programa? ¿Por qué?
¿Le recomendaría la atención domiciliaria del grupo interdisciplinar, a algún conocido o familiar? ¿Por qué?
¿Qué experiencia significativa puede referir durante el tiempo que ha pertenecido al programa AD?

Apéndice 4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA FAMILIAR Y/O CUIDADOR

PRINCIPAL

COMPONENTE I. DATOS PERSONALES
Nombre:
Edad:
Profesión - Ocupación:
Lugar de origen:
Estado Civil:
Tiempo de asistencia a la persona mayor:
Parentesco con el adulto mayor:
COMPONENTE II. ENFOQUE ADMINISTRATIVO
¿Cuál fue la causa o motivación por la cual brinda en la actualidad el cuidado a la persona mayor?
¿Tenía al inicio conocimiento o experiencia sobre el trabajo con personas mayores?
¿Qué funciones realiza como cuidador?
¿Qué rol familiar tiene en la actualidad?
¿Cuáles son las necesidades que más evidencia en la persona mayor que cuida en la actualidad?
¿Hace cuánto tiempo inicio la intervención del Programa AD Acompáñame a la persona mayor?
COMPONENTE III. PRESTACIÓN DE SERVICIOS
¿Qué otros voluntarios de la red familiar o comunitaria intervienen en el cuidado de la persona mayor?

¿Cómo es la interacción de los profesionales durante la visita con el cuidador y/o familiar?
¿Recibe capacitación por parte de los profesionales del Programa AD Acompáñame sobre el cómo ofrecer el cuidado a la persona mayor?
¿La atención integral recibida por parte del programa, se ajusta a las necesidades de la persona mayor a la cual brinda sus cuidados?
¿Ha sido permanente la atención integral domiciliaria ofrecida por el Programa AD Acompáñame a la persona mayor?
COMPONENTE IV. EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES
¿Qué aspectos positivos resalta del Programa AD Acompáñame o que aspectos mejoraría?
¿Qué otra experiencia puede compartir sobre el programa?

Apéndice 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO



DIRECCION LOCAL DE SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO

MIPG Versión: 01
 Aprobado: 2019-07-30
 Código Archivístico:
 3338.19.36

Educación, Cultura e Innovación / Prosperidad y Desarrollo del Campo / Vida Saludable / Planificación y Ordenamiento Territorial / Infraestructura y Competitividad / Justicia, Convivencia y Seguridad Ciudadana / Fortalecimiento Institucional

CONSENTIMIENTO AUTORIZADO DE VISITA DOMICILIARIA

El proyecto **Atención Domiciliaria Acompañame**, requiere visitas de seguimiento y prácticas en el hogar de cada cuidador en compañía de la familia, el adulto mayor y el equipo interdisciplinario; fortaleciendo con este proceso, la formación de los cuidadores de manera integral, estas visitas domiciliarias permiten observar la dinámica lograda por los cuidadores en el entorno de la persona mayor, su familia y la comunidad.

Por lo anterior conozco y acepto las condiciones del programa de **Atención Domiciliaria Acompañame**, del cual somos beneficiarios, y autorizamos al equipo interdisciplinario encargado de la ejecución del programa, para que realice las visitas domiciliarias contempladas.

Para constancia, firman:

Persona mayor: _____

Firma: _____

Documento de Identidad: _____

Cuidador (a) _____

Firma: _____

Documento de Identidad: _____

ELABORO:
 REVISÓ:
 FECHA:

COPIA VIGENTE



NIT-890 983 674-0 Calle 20 N° 20-40 Parque Principal / El Retiro - Antioquia - Colombia / PBX 402 5450
 E-mail: contacto@elretiro-antioquia.gov.co / Sitio Web: www.elretiro-antioquia.gov.co



ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE
EL RETIRO

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

HISTORIA GERONTOLOGÍA

MIPG Versión: 01
Aprobado: 2019-07-30

Código Archivístico:
3338.17.03

Página: 2 de 3

Educación, Cultura e innovación / Prosperidad y Desarrollo del Campo / Vida Saludable / Planificación y Ordenamiento Territorial / Infraestructura y Competitividad / Justicia, Convivencia y Seguridad Ciudadana / Fortalecimiento Institucional

***Tenencia de vivienda**

Propia ___ Alquilada ___ Prestada ___ Familiar ___

¿Hace cuánto tiempo habita en la vivienda? _____

¿La vivienda está ubicada en zona de alto riesgo? Sí ___ No ___

***Distribución del espacio**

Número de habitaciones ___ Cocina ___ Comedor ___ Sala ___ Servicio Sanitario ___ Patio ___

***Tipo de Material**

Tapia ___ Madera ___ Adobe ___ Cartón ___ Plástico ___ Prefabricada ___

***Pisos**

Cemento ___ Baldosa ___ Madera ___ Tierra ___

***Organización y Limpieza**

Excelente ___ Buena ___ Regular ___ Deficiente ___

***Ventilación e Iluminación**

Buena ___ Regular ___ Mala ___

¿Existen barreras arquitectónicas al interior de la vivienda y en el acceso a ésta?

Sí ___ No ___

Describalas _____

¿Con cuáles servicios públicos cuenta?

Alcantarillado ___ Acueducto ___ Energía Eléctrica ___ Teléfono ___ Gas ___ Parabólica ___

***Cocina con:**

¿Gas ___ Leña ___ Carbón ___ Energía eléctrica ___ Petróleo ___ Otro ___ Cual?

COPIA VIGENTE



NIT: 890.983.674-0 Calle 20 N° 20-40 Parque Principal / El Retiro - Antioquia - Colombia / PBX. 402 5450
E-mail: contactenos@elretiro-antioquia.gov.co / Sitio Web: www.elretiro-antioquia.gov.co

***Vías de acceso**

¿Cómo son las vías de acceso a la Vivienda?

Fáciles ____ Difíciles ____

Describalo: _____

5- ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR
5.1 FICHA FAMILIAR
***Tipología Familiar**

Nuclear ____ Extensa ____ Monoparental Materna ____ Monoparental Paterna ____ Simultánea ____

Extendida ____ Fraternal ____ Otra(s) _____

¿Cuáles son los conflictos o dificultades a nivel familiar más frecuentes?

¿Qué actitud o actitudes toman a nivel familiar frente a las dificultades o conflictos?

- a. ____ Generalmente se quedan callados.
- b. ____ Particularmente discuten con un tono de voz alto.
- c. ____ Utilizan el dialogo
- d. ____ Le dan la razón a la (s) persona (s) para evitar confrontaciones.
- e. ____ Reflexionan sobre la situación.
- f. ____ Se aíslan
- g. ____ Piden ayuda.

Para la persona mayor: ¿Cómo es el trato del cuidador hacia usted?

COPIA VIGENTE

Criterio a evaluar	Si	No	No Aplica	Descripción
Siente que su cuidador lo asiste con agrado				
Tiene buena comunicación con su cuidador				
Le es fácil pedirle ayuda a su cuidador				
Le expresa su inconformidad al cuidador				

6. ÁREA PSICOSOCIAL GERONTOLÓGICA

ÁREA PSICOSOCIAL				
Criterio a evaluar	Si	No	N/A	Observaciones
Tiene una rutina ocupacional				
Le es fácil pedir ayuda				
Se siente valorado por los demás.				
Le gusta estar acompañado.				
Le gusta participar de actividades sociales.				

COPIA VIGENTE

7. REDES DE APOYO

¿La persona mayor cuenta con una red de apoyo que no convive con él? Si No

¿Tiene Hijos? Si No Cuantos _____

¿Cómo son las relaciones con los vecinos?

Buenas Cordiales Regulares Deficientes

8. SALUD BUCAL DE LA PERSONA MAYOR:

	Si	No	Frecuencia	Recomendaciones
Se cepilla				
Usa ceda dental				
Usa enjuague bucal				
Usa prótesis dental				
Última visita al Odontólogo				

9. REQUIERE AYUDA TÉCNICA

SI NO

Tipo de ayudas técnicas

Ayuda Técnica	Requiere	Tiene
Prótesis Miembro superior	SI () NO ()	SI () NO ()
Prótesis Miembro inferior	SI () NO ()	SI () NO ()
Silla de ruedas	SI () NO ()	SI () NO ()

COPIA VIGENTE

Bastón	SI () NO ()	SI () NO ()
Caminador	SI () NO ()	SI () NO ()
Muletas	SI () NO ()	SI () NO ()
Anteojos	SI () NO ()	SI () NO ()
Audífonos	SI () NO ()	SI () NO ()
Otra Cual	SI () NO ()	SI () NO ()

10. DIAGNÓSTICO DE RIESGOS:

FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS	OBSERVACIONES
SOCIALES	
VIOLENCIA	
ALCOHOLISMO	
AMBIENTALES	
BIOLOGICOS	

OBSERVACIONES GENERALES DEL PROFESIONAL DE GERONTOLOGIA

COPIA VIGENTE



Página: 7 de 7

DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD
HISTORIA GERONTOLOGÍA

MIPG Versión: 01
Aprobado: 2019-07-30

Código Archivístico:
3338.17.03

Educación, Cultura e innovación / Prosperidad y Desarrollo del Campo / Vida Saludable / Planificación y Ordenamiento Territorial / Infraestructura y Competitividad / Justicia, Convivencia y Seguridad Ciudadana / Fortalecimiento Institucional

Profesional responsable

ELABORO:
REVISO:
FECHA:

COPIA VIGENTE



Alcaldía de El Retiro
Juntos construimos un Municipio mejor

NIT-890.983.674-0 Calle 20 N° 20-40 Parque Principal / El Retiro - Antioquia - Colombia / PBX. 402 5450
E-mail: contactenos@elretiro-antioquia.gov.co / Sitio Web: www.elretiro-antioquia.gov.co

Apéndice 7 HISTORIA DE PSICOLOGÍA

 <p>ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE EL RETIRO Página 1 de 2</p>	<p>DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD</p> <p>HISTORIA PSICOLOGÍA</p>	<p>MIPG Versión: 01 Aprobado: 2019-07-30 Código Archivístico: 3338.17.03</p>																																
<p>Educación, Cultura e innovación / Prosperidad y Desarrollo del Campo / Vida Saludable / Planificación y Ordenamiento Territorial / Infraestructura y Competitividad / Justicia, Convivencia y Seguridad Ciudadana / Fortalecimiento Institucional</p>																																		
<p><input type="checkbox"/> Fecha: Nombres y Apellidos: Documento de Identidad: Fecha de nacimiento: Dirección de residencia: Zona: Telefono: Nombre del cuidador: Documento de identidad:</p> <p style="text-align: center;">Tipo de documento:</p> <p>Edad: Genero: Estado civil:</p> <p>Vereda: Sector: Celular: EPS: Telefono: Parentesco: Celular:</p>																																		
<p>Historia familiar (Composición familiar, relaciones familiares):</p>																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">Nombres y apellidos</th> <th style="width: 20%;">Parentesco</th> <th style="width: 15%;">Edad</th> <th style="width: 20%;">Tipo de relación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Tipo de relación																												
Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Tipo de relación																															
<p>Diagnostico actual:</p>																																		
<p>Antecedentes personales:</p>																																		
<p>Medicamentos psiquiatricos:</p>																																		
<p>Antecedentes familiares (psicológicos):</p>																																		
<p>Historia personal (Hechos relevantes):</p>																																		
<p>Estado de ánimo:</p>																																		
<p>EXAMEN MENTAL</p>																																		

COPIA VIGENTE





Orientación (Persona, espacio y tiempo):

Funciones superiores	Acorde a su edad SI/NO	Observaciones
Atención		
Lenguaje		
Memoria		

Observaciones y recomendaciones:

Nombre del profesional
Cargo

ELABORO:
REVISÓ:
FECHA:

COPIA VIGENTE



Apéndice 8 HISTORIA DE ENFERMERÍA

 <p>ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE EL RETIRO Página 1 de 2</p>	<p>DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD</p> <p>HISTORIA ENFERMERIA</p>	<p>MIPG Versión: 01 Aprobado: 2019-07-30 Código Archivístico: 3338.17.03</p>
<p>Educación, Cultura e innovación / Prosperidad y Desarrollo del Campo / Vida Saludable / Planificación y Ordenamiento Territorial / Infraestructura y Competitividad / Justicia, Convivencia y Seguridad Ciudadana / Fortalecimiento Institucional</p>		

Fecha:
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Fecha de nacimiento:
Dirección de residencia:
Zona:
Telefono:
Nombre del cuidador:
Documento de identidad:

Vereda:
Celular:

Tipo de documento:
Edad:
Genero:
Estado civil:

Sector:
EPS:
Parentesco:
Celular:

Telefono:

Antecedentes personales patológicos:

Antecedentes quirúrgicos:

Antecedentes traumáticos:

Alergias:

Transfusiones:

Antecedentes familiares:

COPIA VIGENTE



Historia ocupacional:**Consume:****Examen físico:****Observaciones y recomendaciones:**

Signos Vitales	Valoración
Presión Arterial	
Frecuencia Cardíaca	
Saturación	
Peso	
Talla	

Nombre del profesional
Cargo

ELABORO:
REVISÓ:
FECHA:

COPIA VIGENTE



NIT-890.983.674-0 Calle 20 N° 20-40 Parque Principal / El Retiro - Antioquia - Colombia / PBX. 402 5450
E-mail: contactenos@elretiro-antioquia.gov.co / Sitio Web: www.elretiro-antioquia.gov.co

REFERENCIAS

- consultorsalud. (11 de Julio de 2018). *NUEVA REGLAMENTACIÓN SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA: RESOLUCIÓN 2665 DE 2018*. Obtenido de <https://consultorsalud.com/nueva-reglamentacion-sobre-el-documento-de-voluntad-anticipada-resolucion-2665-de-2018/>
- FUNBAM. (2015). *Guías de aprendizaje no formal para adultos mayores*. Obtenido de Redes de las redes sociales de apoyo a los adultos mayores: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redex_Adulto_Mayor.pdf
- (2009). En R. F. Ballesteros, & J. I. Tena (Ed.), *Gerontología Social* (Tercera ed., pág. 612). Madrid, España: Pirámide (Grupo Anaya, S.A). Recuperado el 24 de Marzo de 2019
- 2016-2019, P. d. (2016-2019). Obtenido de Alcaldía de El Retiro Antioquia: <http://www.elretiro-antioquia.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-municipal-2016-2019>
- Aguirre, M. V. (Octubre de 2011). *www.sicelo.org.pe*. Obtenido de Acta medica Peruana: Factores determinantes de la salud: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
- ALCALDÍA DE EL RETIRO ANTIOQUIA . (15 de Junio de 2018). *NUESTRO MUNICIPIO* . Obtenido de <http://www.elretiro-antioquia.gov.co/municipio/nuestro-municipio>
- Alcaldia de Medellin. (2013). *www.medellin.gov.co*. Recuperado el 3 de marzo de 2019, de Plan de acción gerontológico de Medellín, 2013 – 2016: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacinGeneral/Shared%20Content/Documentos/instrumentos/PLAN%20GERONTOLOGICO%20DE%20MEDELLIN%202013%20-%202016.pdf

Alcaldía de Medellín. (2017). *www.medellin.gov.co*. Recuperado el 23 de Marzo de 2019, de Política pública de envejecimiento y vejez plan gerontológico 2017-2024: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/InclusionSocial/Noticias/Shared%20Content/Documentos/2017/Plan%20Gerontol%C3%B3gico%202017%20-%202027%20%20Medellin.pdf>

Álvarez, R. P. (2004). *FORMACIÓN SUPERIOR BASADA EN COMPETENCIAS, INTERDISCIPLINARIEDAD Y TRABAJO AUTÓNOMO DEL ESTUDIANTE*. Obtenido de Facultad de Educación, Universidad del Atlántico, Colombia: <file:///D:/Desktop/648Posada.PDF>

Amico, L. d. (s.f.). *Envejecer en el Siglo XXI*. 3.

Aportes de las personas mayores a la inclusión social. (2018). Rionegro : Universidad Católica de Oriente .

Argente, H. A., & Álvarez, M. E. (2014). *Semiología médica*. Buenos Aires: Panamericana.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL . (5 de Mayo de 2015). *DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM*. Obtenido de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

-Ata, A. (12 de septiembre de 1978). *www.alma-ata.es*. Obtenido de Alma-Ata 1978: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

Ballesteros, R. F. (2009). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.

Batthyány, D. K. (Agosto de 2008). *www.academia.edu*. Obtenido de El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo. Algunos elementos para el debate: <https://www.academia.edu/people/search?utf8=%E2%9C%93&q=el+cuidado+de+los+adultos+mayores+en+los+hogares+de+Montevideo>

- Berger, K. S. (2009). *Psicología del Desarrollo*. Madrid: Panamericana.
- Bódalo-Lozano, E. (2010). *CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161015610007.pdf>
- Burbano, A. C. (2018). *Teoría y Práctica de la Sistematización de experiencias*. Cali: Universidad del Valle.
- Calenti, M. (2010). *Gerontología y Geriatría*. Madrid: Panamericana.
- Cameselle, J. M., & Domínguez, J. F. (2015). *Psicología social*. (M. Panamericana, Ed.) Madrid, España: Panamericana.
- Cameselle, J. M., & Domínguez, J. F. (2015). *Psicología Social*. Madrid: Panamericana.
- Care, I. S. (s.f.). Estereotipos asociados a las personas mayores. 10, 11.
- Carrasquilla, J. M. (2013). *Cuidados al final de la vida* . Mexico : Trillas .
- CELADE . (8-9 de septiembre de 2003). *Redes de apoyo social de personas mayores*. Obtenido de <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp18.pdf>
- CELADE -CEPAL. (Abril de 2002). *Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento 2002*. Obtenido de <https://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/documentosdetrabajo/7/36787/P36787.xml&xsl=/celade/tpl/p38f.xsl&base=/tpl/imprimir.xslt>
- Cepal. (12 de 2003). *Repositorio.cepal.org* . Obtenido de Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual.
- Cepal. (12 de 2003). *repositorio.cepal.org*. Obtenido de Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12750>

Cepal. (6 de 12 de 2007). *repositorio.cepal.org*. Obtenido de Declaración de Brasilia:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21505/1/S2007591_es.pdf

CEPAL. (Junio de 2011). *www.cepal.org*. Obtenido de Los derechos de las personas mayores -
Cepal:

https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/5/43685/Modulo__3.pdf

CEPAL. (8 - 11 de mayo de 2012). *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de America Latina y Caribe*. Obtenido de
https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf

Concha, F. S. (2015). *Misión Colombia Envejece*. Bogotá.

CONGRESO DE COLOMBIA . (14 de Octubre de 1975). *LEY 29 DE 1975*. Obtenido de
https://www.medellin.gov.co/amauta/archivos/Ley_29_1975.pdf

CONGRESO DE COLOMBIA . (1991). *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA* . Obtenido de
<http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-46>

CONGRESO DE COLOMBIA . (18 de Agosto de 2001). *LEY 687 DE 2001*. Obtenido de
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0687_2001.html

CONGRESO DE COLOMBIA . (27 de Noviembre de 2008). *LEY 1251 DE 2008*. Obtenido de
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm

consultorsalud. (30 de Septiembre de 2014). *Ley de cuidado paliativo* . Obtenido de
<https://consultorsalud.com/ley-de-cuidado-paliativo/>

Córdoba, L., Mora, A., Bedoya, Á., & Verdugo, M. Á. (Enero de 2007). *www.academia.edu*.
Obtenido de Familias de Adultos con Discapacidad Intelectual en Cali, Colombia, Desde
el Modelo de Calidad de Vida:
<https://www.academia.edu/people/search?utf8=%E2%9C%93&q=Familias+de+adultos+>

mayores+con+discapacidad+intelectual+en+Cali%2C+COlombia%2C+desde+el+model
o+de+calidad+de+vida

Corte Constitucional. (2015). *wsp.presidencia.gov.co*. Obtenido de Constitución Política de Colombia Actualizada con los actos legislativos a 2015: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col127440.pdf>

Cruz Roja Española . (7 de Marzo de 2016). "*Ser cuidadora, ser cuidador. Guía de apoyo para personas cuidadoras*". Obtenido de <https://grupolasmimosas.com/mimoonline/que-cambios-de-salud-pueden-producirse-en-los-cuidadores/>

DANE . (2018).

DANE. (2018). *geoportal.dane.gov.co*. Obtenido de Geovisor CNPV 2018: <http://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/?lt=7.154214420861576&lg=-75.50266842149995&z=7>

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. (8 de Abril de 2002). *Social.un.org*. Obtenido de Declaración Política Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Díaz, Alejandro; Sánchez, Norma; Montoya, Soraya, Martínez-Restrepo, Susana;. (2015). *Las personas mayores: cuidados y cuidadores* . Obtenido de https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pm_personas_mayores_cuidados.pdf

Dulcey-Ruiz, E., Parales-Quenza, C. J., & Posada-Gilede, R. (2018). *Envejecimiento del nacer al morir*. Bogotá.

El Herald. (05 de septiembre de 2018). El Herald. *Dane alerta por rápido ritmo de envejecimiento de la población Colombiana.*

ESCOBAR, Y. C. (de 2010). *INTERDISCIPLINARIEDAD: DESAFÍO PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y LA INVESTIGACIÓN.* Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a11.pdf>

Follari, R. (2007). *La interdisciplina en la docencia.* Obtenido de POLIS Revista Latinoamericana : <https://journals.openedition.org/polis/4586>

Fuentes Gómez-Calcerrada, J. L. (s.f.). Los mitos y estereotipos sobre la vejez en los medios de comunicación y la importancia de la educación intergeneracional. *Los mitos y estereotipos sobre la vejez en los medios de comunicación y la importancia de la educación intergeneracional*, 2, 3.

Gobernación de Antioquia. (2008). *www.paho.org.* Obtenido de Gestión de las experiencias MANA, APS, AIEPI: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-gestion-de-las-experiencias-mana-aps-y-aiepi&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&Itemid=688

Gobernacion de Antioquia. (2015). *BIA Boletín informacion para la accion.* Medellín.

Gobernación de Antioquia. (2016). *Política Pública de Envejecimiento y Vejez.* Obtenido de diosonrio.org.co: diosonrio.org.co/.../PRESENTACION-POLITICA-PUBLICA-ANTIOQUIA-2016.pptx

Gómez, L. R. (2019). *AD "Acompáñame".* El Retiro.

- Gutierrez, C. A. (2012). *“El cuidador”, temores y oportunidades*. Obtenido de <https://www.tena.com.co/contentassets/7a39f0b20b1548999755886f48610be3/el-cuidador-temores-y-oportunidades-2017.pdf>
- Holliday, Ó. J. (Febrero de 2012). *Educación global reasearch*. Obtenido de SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS, INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN : APROXIMACIONES DESDE TRES ANGULOS: <http://educacionglobalresearch.net/wp-content/uploads/02A-Jara-Castellano.pdf>
- Holliday, O. J. (26 de agosto de 2013). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. San José, Costa Rica. Recuperado el 23 de marzo de 2019, de <http://www.bibliotecavirtual.info/2013/08/orientaciones-teorico-practicas-para-la-sistematizacion-de-experiencias/>
- Holliday, Ó. J. (2018). *La sistematización de experiencias*. Bogotá: Javegraf.
- <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/viejo.htm>. (s.f.). *El viejo en la historia*.
- Ibañez, A. A., & M., A. F. (2016). *El proceso de la entrevista*. Ciudad de México: Limusa.
- IMSERSO. (2001). *Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias*. Madrid: Grafo, S.A.
- Jenny Monsalve Vásquez; Julián Rendón Fonnegra. (2019). *AD "Acompáñame"*. El Retiro.
- Keats, D. M. (s.f.). *Entrevista*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- LEGISALUD . (19 de Octubre de 2005). *DECLARACION UNIVERSAL SOBRE BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS* . Obtenido de <http://test.e-legislar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5579>
- Leon, A. D. (Octubre de 2013). *“El abordaje interdisciplinar en la vejez y el envejecimiento con riesgo social”*. Obtenido de Universidad de la República Uruguay:

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7194/1/TTS_DeLe%C3%B3nAlvaro.pdf

Limón, M. R., & Ortega, M. d. (28 de Abril de 2011). *www.revistadepsicologiayeducación.es*.

Obtenido de Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos:

<http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>

Linde, G. V. (2007). *PUCMM*. Obtenido de ¿Por qué es importante la interdisciplinariedad en la educación superior?:

<https://cuaderno.pucmm.edu.do/index.php/cuadernodepedagogia/article/view/68>

López, D. R. (Agosto de 2012). *PRINCIPIOS DEL ABORDAJE GERONTOLÓGICO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR E INTERVENCIONES BÁSICAS*. Obtenido de

http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf

Marín, P. P. (2017). *Geriatría y Gerontología*. Santiago de Chile .

Martínez, T. (2013). *El ambiente físico* . Obtenido de

<http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/elambiente fisico.htm>

Mejía, M. R. (2015). *La Sistematización*. Bogotá: Desde abajo.

Mercader, F.-X. A. (1992). *Gerontología: Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*.

Barcelona: Boixareu Universitaria.

Ministerio de Salud . (4 de Octubre de 1993). *RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993* . Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

MINISTERIO DE SALUD . (24 de Octubre de 1993). *RESOLUCIÓN NÚMERO 8439 DE 1993*.

Obtenido

de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud. (Diciembre de 2014). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de www.minsalud.gov.co:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

Ministerio de Salud. (Enero de 2014). *www.imnsalu.gov.co*. Obtenido de Cuidador institucional de personas adultas mayores:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/cuidador-institucional-personas-adultos-mayores.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de Sala Situacional de la Población Adulta Mayor:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacion-envejecimiento-2018.pdf>

Ministerio de Salud. (22 de Abril de 2019). *www.minsalud.gov*. Obtenido de Envejecimiento y

Vejez: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Ministerio de Salud. (22 de abril de 2019). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de Envejecimiento y vejez: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnológica e Innovación, COLCIENCIAS. . (2016). *Encuesta SABE COLOMBIA: Vejez y calidad de vida en Colombia* . Bogotá, D.C: PREGRAF IMPRESORES S.A.S .

Ministerio de Salud y Protección Social. (Agosto de 2015). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%A9tica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Agosto de 2015). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%A9tica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2 de Enero de 2016). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de Política de Atención integral en salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

MINSALUD . (2015). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%A9tica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Minsalud. (4 de 10 de 1993). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de Resolucion 8430 de 1993:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Minsalud. (2005). *DIAGNOSTICO PRELIMINAR SOBRE PERSONAS MAYORES, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES EN COLOMBIA*. Minsalud.

Minsalud. (27 de noviembre de 2008). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de Ley 1251 27 de
 Noviembre de 2008:
www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1251-de-2008.pdf

MinSalud. (2009). *Ley 1276 DE 2009*. Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Alcances%20de%20la%20Ley%201276%20de%202009.pdf>

MINSALUD COLCOENCIAS . (2015). *SABE COLOMBIA*. Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>

Morales, S. y. (2015). *Psicología social*. Madrid, España: Medica Panamericana.

NACIONES UNIDAS . (s.f.). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*.
 Obtenido de
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

NACIONES UNIDAS . (s.f.). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de
<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Naciones Unidas. (s.f.). *Envejecimiento*.

Naciones Unidas, Cepal. (21 de 11 de 2003). *www.cepal.org*. Obtenido de Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento:

<https://www.cepal.org/es/eventos/conferencia-regional-intergubernamental-envejecimiento>

Naciones Unidas, Cepal. (30 de 06 de 2017). *Conferenciaenvejecimiento.cepal.org*. Obtenido de Declaración de Asunción:

<https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/es/documentos/declaracion-asuncion.html>

Newcomb, B. (20 de 10 de 2015). Estereotipos en el la atención médica pueden hacer que los pacientes se sientan peor, según el estudio. *News USC*.

Noguera, D. M. (s.f.). *Psicología social*. Universidad Internacional de Valencia, Psicología. Valencia: UIV.

Noguera, D. M. (s.f.). *Psicología Social*. Valencia, España.

OIT. (2009). *Envejecimiento de la población: ¿Quién se encarga del trabajo?* organizacion internacional del trabajo.

OMS . (s.f.). *Discapacidades* .

ONU. (s.f.). *www.un.org*. Obtenido de UNITED NATIONS - AGEING: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>

Organización Mundial de la Salud, O. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y a Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (17-21 de noviembre de 1986). *www.paho.org*. Obtenido de Carta de Ottawa para la promoción de la salud:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1999). *apps.who.int*. Obtenido de 30 Asamblea Mundial de Salud: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108180>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). *www.who.int*. Obtenido de Envejecimiento y ciclo de vida: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=1FBEA76989DCF4C5C7203F4426C0006E?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2008). *www.cursoscampusvirtualesp.org*. Obtenido de La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: https://cursos.campusvirtualesp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf

Parra, N. S. (2017). *Manual del cuidador de personas mayores*. Bogotá: Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia Bogotá.

Paula Mayoal, B. B. (s.f.). *EL ENVEJECIMIENTO Y EL RETO DE LA CALIDAD DE VIDA*.

Pineda, P. (15 de Marzo de 2019). Psicóloga. (N. Posada, Entrevistador)

Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento. (26 Julio - 6 agosto de 1982). Obtenido de http://www.mayoreasaludables.org/sites/default/files/2017-03/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf

Presidencia . (27 de 06 de 2013). *wsp.presidencia.gov.co*. Obtenido de Ministerio de comercio, industria y turismo decreto numero 1377 de 2013: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/JUNIO/27/DECRET%201377%20DEL%2027%20DE%20JUNIO%20DE%202013.pdf>

- R. Bogdan, S. T. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Ramírez, D. G. (2014). Plan de Atención Domiciliaria "Acompáñame". *Documento inédito*. El Retiro, Antioquia, Colombia.
- Ramírez, M. (2019). *AD "Acompáñame"*. El Retiro .
- República, C. d. (5 de Enero de 2009). *Ley 1276 de 2009*. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1276_2009.html
- REPUBLICA, C. D. (19 de Julio de 2017). *Medidas de protección al adulto mayor en Colombia*. Obtenido de LEY 1850 DE 2017: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1850_2017.html
- Ricon del cuidador . (21 de Agosto de 2014). *Introducción a la dependencia*. Obtenido de <https://www.elrincondelcuidador.es/blog/introduccion-la-dependencia/>
- Robledo, D. L. (2010). *Gerontología y nutrición del adulto mayor* . México : Offset Max S.A de G.V. .
- Rodríguez, P. R. (2013). *LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA* . Obtenido de MINSALUD : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Atencion-centrada-en-la-persona-2013.pdf>
- Sabe . (2015). *Sabe Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento*. Bogotá.
- Saldarriaga Concha. (2019). *Envejecimiento Demográfico*. Bogotá.
- Saldarriaga Concha. (2015). *www.saldarriagaconcha.org*. Obtenido de Mision Colombia Envejece: <https://www.saldarriagaconcha.org/mce/pdf/MCE-C6.pdf>

Saldarriaga Concha. (2019). *La Vejez y el Envejecimiento*. Bogotá.

Saldarriaga Concha. (s.f.). *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia*. Bogotá.

Salud, M. d. (Diciembre de 2014). *Política pública de envejecimiento y vejez 2014-2024*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

Salud, O. m. (2018). *Envejecimiento y Salud*.

Sanchez, R. G. (2014). *Apoyo a las gestiones cotidianas de las personas dependientes*. Madrid: Paraninfo.

Sánchez, R. G.-M. (2014). *Apouo a las gestiones cotidianas de las personas dependientes*. Madrid: Paraninfo, S.A.

Scielo. (Septiembre de 2011). *www.scielo.org.mx*. Obtenido de La entrevista a profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004

Social, M. d. (2015). *RESOLUCIÓN 1378 DE 2015 (abril 28) Diario Oficial No. 49.496 de 28 de abril de 2015*. Obtenido de RESOLUCIÓN 1378 DE 2015: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/r_msps_1378_2015.pdf

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y LINDOR . (s.f.). *Estudio de investigación sociosnitaria sobre cuidadores de persnas mayores deoendientes* . Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Estudio-Cuidadores-segg.pdf>

Soriano, C. C. (2014). *Cuidar a los que cuidan*. Alcalá: Formación Alcalá.

Sotolongo Codina, P. L., & Delgado Díaz, C. J. (2006). *La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes.* Obtenido de

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/Capitulo%20IV.pdf>

UNITED NATIONS - AGEING . (1999). *Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.* Obtenido de

<https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>

utopiaCF . (17 de Febrero de 2017). *Qué es un equipo interdisciplinario y cómo hacer que funcione.* Obtenido de <http://utopia-consultores.com/que-es-un-equipo-interdisciplinario-y-como-hacer-que-funcione/>

Villada, J. F. (15 de Febrero de 2013). *Scielo.org.co.* Obtenido de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: <http://www.scielo.org.co/pdf/hall/v10n20/v10n20a08.pdf>