

**PRÁCTICA EN EL HOGAR GERONTOGERIÁTRICO REMEMBRANZAS DE LA CIUDAD DE MEDELLIN, AÑO
2012.**

**ASESORA DE LA PRÁCTICA:
BIBIANA PATRICIA ROJAS ARANGO**

**ESTUDIANTE:
GUILLERMO POSADA VALENCIA
Código: 15351668**

LUGAR DE PRÁCTICA: “HOGAR GERONTOGERIÁTRICO REMEMBARANZAS”

**DIRECTORA DEL HOGAR:
MARGARITA MORENO URIBE**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA - UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES**

PROGRA PSICOLOGÍA - CEAD MEDELLÍN, AGOSTO DE 2012

TABLA DE CONTENIDO

PRÁCTICA EN EL HOGAR GERONTOGERIÁTRICO REMEMBRANZAS DE LA CIUDAD DE MEDELLIN, AÑO 2012

INTRODUCCIÓN	pg.
RESUMEN	6
1.1 MARCO SITUACIONAL	7
CAPÍTULO 1: DIAGNÓSTICO	7
1.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN “HOGAR GERÁTRICO REMEMBRANZAS”	7
1.2 ANTECEDENTES	10
1.2.1 EDADES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO	14
1.2.2 ESTADO FÍSICO	14
1.2.3 SALUD MENTAL	16

1.3 PROBLEMÁTICAS OBSERVADAS	17
1.3.1 IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	18
1.3.2 SISTEMA DE EVALUACION ESTRATEGICA DOFA	19
1.4 JUSTIFICACIÓN	21
1.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	22
1.4.2 REFERENTE TEÓRICO	22
1.4.3 ADULTO MAYOR	23
1.4.4 CICLO VITAL	24
1.4.5 INSTITUCIONALIZACIÓN	25
1.5 DETERIORO COGNITIVO	25
1.5.1 INDICADORES DEL DETERIORO COGNITIVO	27
1.5.2 TEST MINIMENTAL	28
1.5.3 ANÁLISIS GLOBAL – TEST MINIMENTAL	28

1.5.4 RECOMENDACIONES ANTE EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR	29
1.5.5 RECOMENDACIONES PARA COMBATIR EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR	31
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA DE LA EXPERIENCIA P. D.	35
2.1.1 OBJETIVO GENERAL	35
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
2.2 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA EXPERIENCIA	35
2.2.1 EL TALLER REFLEXIVO	36
2.2.2 ACTIVIDADES RECREATIVAS Y LÚDICAS	37
2.2.3 CONVERSATORIO	37
2.2.4 ENTREVISTAS	38
2.2.5 HISTORIAS DE VIDA	38
2.2.6 VISITA DOMICILIARIA	38
2.3 PLAN DE ACCIÓN	39
CAPÍTULO 3: RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DIRIGIDA	45
3.1 EVALUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES	45
3.1.1 DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR	49
3.1.2 ANÁLISIS DEL TEST MINIMENTAL	49
3.2 RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A ALGUNAS FAMILIAS DE ADULTOS MAYORES I.	50
3.3 DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	55
3.4 CONCLUSIONES	60

3.5 RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXO	66

**PRÁCTICA EN EL HOGAR GERONTOGERIÁTRICO REMEMBRANZAS DE LA CIUDAD DE MEDELLIN, AÑO
2012**

INTRODUCCIÓN

La disposición por parte del Hogar “Geriatrico Remembranzas” y su directora es muy buena y apropiada para realizar diversas actividades, como es el caso de la práctica en la disciplina de psicología; los adultos mayores son 50 personas aproximadamente distribuidos en dos casas. Es claro que la familia cumple un papel fundamental como núcleo primario de la sociedad, y que la misma integración de sus miembros, constituye una responsabilidad que trasciende a ésta e involucra a todos los estamentos sociales, se pretende que dichas familias se comprometan más con los miembros llevados a este Hogar. En el caso de los adultos que se institucionalizan, al ser separados de sus familiares, pueden sentirse excluidos, desplazados, abandonados y poco valorados, generando alteraciones en su sentido de vida por la ruptura del vínculo familiar.

Adicionalmente es necesario tener en cuenta el inmenso vacío por parte de la sociedad en general y en especial del gobierno, se requiere que éste encamine nuevos proyectos y garantice que la actual y venidera legislación, estén dirigidos al bienestar de esta población, se desarrollen con el ánimo de garantizarle una vejez tranquila y en paz y en la cual las capacidades vitales no se disminuyan tan notablemente. Está claro que al institucionalizar al adulto mayor, al cambiarle su ambiente familiar por uno nuevo, incide en su sentido de vida creando la necesidad de adaptarse al nuevo haciéndole sentir el vacío frente a esta nueva realidad o escenario.

RESUMEN

En el Hogar Gerontogeriátrico de la Ciudad de Medellín se encuentran institucionalizados 50 adultos mayores aproximadamente, distribuidos en dos sedes, con diversas particularidades de estados físicos y mentales y en rangos de edades entre los 49 y 87 años de ambos sexos; lo notorio es la “ausencia” de las familias en el acompañamiento de estos y su deterioro en su sentido y calidad de vida.

Con la aplicación de algunos instrumentos, se muestra la caracterización de estos adultos y algunos perfiles de sus familias; el análisis arroja una preocupante situación: el “ausentismo” o distanciamiento de las familias en el apoyo en este proceso del ciclo vital; la complejidad en la aplicación de las normas estatales mínimas que protegen y estimulan una vejez saludable; la falta de un programa adecuado en pos de estimular y adaptar en este período de

la adultez, situaciones favorables que dignifiquen a estos seres y la asunción de la familia como parte fundamental y responsable de ellos.

Se realizaron una serie de actividades con los adultos mayores, buscando un acercamiento a su diagnóstico psicológico, ofreciéndole elementos para su bienestar integral. Se presenta una propuesta interventiva para que estos Centros de institucionalización de adultos mayores, implementen un proceso de acercamiento y trabajo con las familias, de tal manera que se conforme el “Grupo de Familias Responsables” que posibilite la participación y la responsabilidad de éstas en el acompañamiento de los adultos mayores. Se sugieren elementos que ayuden combatir el deterioro cognitivo y a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados. También se realiza un proyecto del Adulto Mayor, el cual puede posibilitar recursos económicos para la estabilidad y proyección del **HOGAR GERONTOGERIÁTRICO “REMEMBRANZAS”**.

CAPITULO 1: DIAGNOSTICO

1.1 MARCO SITUACIONAL

1.1.1 DESCRIPCION DE LA INSTITUCIÓN “HOGAR GERÁTRICO REMEMBRANZAS”

La idea de crear este centro surgió por iniciativa de la señora Carmen Ofelia Aguirre Murillo¹, enfermera que por durante muchos años se desempeñó en diferentes instituciones de la salud, según relata, la idea surge en base a un “sueño”, donde la mente se trasladó al “mas allá”, tal como ella lo manifiesta, “encontrándose con ángeles y arcángeles, y una senda de palomares blancas, y el rostro de Jesús en una bella nube azul, escuchaba una voz donde me decía, que yo podía hacer mucho por los enfermos, cómo hago señor dame una visión y enséñame, se abrió un telar blanco donde habitaban muchos enfermos vestidos de blanco y le decía, gracias te doy señor, esto ya es mío, esto es mío, eran miles de palomas que corrían a mi alrededor en unas cercas de tunas verdes, donde salí

¹ El nombre no corresponde al real por reserva a la identidad de la persona, acorde con la Ley 1090: “Código Deontológico del psicólogo”.

del sueño, quede totalmente sensible con el sueño que Dios me reveló”².



Fue así como el 31 de diciembre de 1997 a las tres de la tarde, fue fundado el centro Gerontogeriatrico “Remembranzas”. Manifiesta que:

² Entrevista con la Fundadora y Directora del Hogar.

“Recibí 19 pacientes conforme y tal lo manda el señor, no tenía donde acostarlos, los pisos eran blancos y adornados con cartones así eran las camas durante tres meses, iban llegando mas pacientes y de igual manera los recibía, hasta ajustar 26, se le comentaba la situación a la familia del paciente, de igual manera ellos me daban una palabra de aliento y me decían que cómo había empezado Beata Teresa de Calcuta, que no fuera a desvanecer que eran pruebas que el Señor me ponía... era sola, cocinaba, hacia lavado a mano, salía a pedir y siempre fui superada y empecé a levantarme, me hacían toda clase de donaciones”³.

En torno a la Visión del Centro planeta que es tratar de cumplir los objetivos propuestos, en un sinnúmero de pares para todas las personas que lo necesiten sin exclusiones, la misión es seguir dando, fortaleciendo con abnegación y estar comprometidos a seguir esta misión hasta que la muerte nos separe y dejar un legado para las generaciones venideras. En este hogar se reciben adultos de distintos estratos sociales, desde pacientes que pagan \$700.000 mensuales y otras tarifas; otros del nivel 1 y 2 del SISBEN; otros más de caridad; siendo en su mayoría esquizofrénicos, bipolares, con párkinson, depresivos y psicosomáticos, según manifiesta la Directora.

En la actualidad el Centro se rige por las Leyes 46, 43 y 49, además el código 720 que legisla sobre los derechos fundamentales del Adulto Mayor como lo son: Manifiesta que los “hogares geriátricos, fundaciones corporativas, son inspeccionados por vigilancia y control, salud pública, saneamiento, bienestar social, para inspeccionar las condiciones de higiene, locativas, infraestructura física, construcción, dotación y servicios públicos”⁴. El Hogar está

³ Ibíd.

⁴

situado sobre el Parque Obrero, zona residencial superior del barrio los Ángeles, ubicado en la calle 58ª # 39-17, pertenece a la clasificación cuatro (4) del estrato socioeconómico; cuenta con una infraestructura de 324 metros de fondo por 12.8 de frente, consta de tres niveles repartidos así: sótano, primer piso y segundo piso. Cuenta con 18 habitaciones.

1.1.2 ANTECEDENTES

El origen del término gerontología viene del griego que significa el tratado sobre los viejos. Para los espartanos, los gerontes eran una especie de consejo de 28 hombres que superaban la edad de los 60 años encargados de controlar el gobierno de la ciudad. Quien la propuso por primera vez como ciencia para el estudio del envejecimiento, fue el ruso (Michel Elie Metchnikoff en 1903). Esta rama de la medicina se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, sociales y preventivos en la vida de los ancianos, según lo comenta Prieto O, (1999).

Para el chileno Oscar Domínguez (1982), la vivienda del ser humano es una necesidad, pero afirma que “para el anciano reviste una importancia afectiva creciente con la edad”. Las razones expuestas por el autor es que el deseo de vivir se fortalece con el cariño, la protección y la seguridad que dan una familia y un hogar especialmente. El

autor distingue diferentes estadios donde el adulto mayor puede ser atendido según sus necesidades y requerimientos de salud y sus posibilidades sociales: Hogares para senescentes normales, hogares o instituciones para protección y cuidado de los pacientes crónicos y de aquellos que requieren cuidado médico, hospitales geriátricos, casas de convalecencia y casas de reposo; éste último el que más parecido tiene con nuestras casas para pacientes que no necesitan de cuidados costosos en hospitales y son atendidos y ayudados con calor familiar. Ya en 1989 hay referencias de casas de reposo como hogares geriátricos en nuestro continente.

Se han llamado residencias del adulto mayor, geriátricos o asilos de ancianos, demasiados nombres que significan una misma realidad. Las Residencias de ancianos ya no son los antiguos asilos de ancianos aunque algunos todavía lo llaman así. La expresión tercera edad también enunciada como vejez, es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, normalmente jubilada y de 65 años o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término "personas mayores" (en España) y "adulto mayor" (en Iberoamérica).

Para Europa: La definición que dio el INSERSO de las residencias se refería a ellas como centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios. Las residencias hoy en día son centros donde se atienden necesidades sociales, sanitarias y de cuidados a numerosos ancianos, que por diversas circunstancias, fundamentalmente soledad o pérdida de autonomía, precisan de asegurar dichos cuidados fuera del domicilio. Dicha atención se presta en ocasiones de forma temporal o de forma permanente

hasta el final de la vida del residente. En dichos centros los cuidados son proporcionados por parte de un grupo cada vez más amplio y diverso de profesionales, teniendo cada vez más un enfoque no estrictamente custodial del anciano. Hoy en día nuestras residencias, muy diferentes de los antiguos asilos de ancianos, deben basarse en la atención no sólo de las necesidades de cuidados básicos, alojamiento y hostelería del residente sino en la promoción de su autonomía, dignidad y desarrollo personal.

Otra concepción de la forma como inician los Hogares para adultos mayores en Europa: En el análisis de los centros, se miran tres niveles de residencias: el de infraestructuras, de estructuras y actores y de las supra estructuras. Se concreta en el análisis de las prácticas de todo tipo que aparecen en el funcionamiento de las instituciones, en especial de los adultos mayores. Una residencia de mayores equivale a la falta de correspondencia frente a dichos mayores. Estas residencias para mayores son una parte del sistema residencial, cuyas funciones y desempeños dependen del modelo global de prestaciones para las personas mayores que vaya a adoptarse para adecuarse a los cambios sociales, tales cambios afectan a las necesidades y demandas de la población de mayores. De las políticas que promuevan y de las inversiones que se realicen dependerá cada vez más el bienestar de nuestros mayores. Existe cada vez mayor número de personas “asistidas”, aumenta el deterioro e incapacidad, por lo que se requiere un diseño residencial para ellos: centros mixtos para “residentes asistidos” (Personas Mayores y Residencias, 2000).

En Colombia, los asilos o casas para personas de tercera edad generalmente son de tipo privado y público. Los públicos: muy escaso, de poca cobertura y mal atendidos. En los privados: el acceso es aún más restringido por causa de las desigualdades sociales.

Los adultos de la tercera edad son un sector que ha sido históricamente relegado por los distintos gobiernos. A esta indiferencia institucional, se le agrega a veces la poca o nula atención que reciben de sus propias familias. En los casos más extremos, tal desprecio se traduce en violencia. ¿Dónde buscar ayuda económica y denunciar el maltrato?

La ausencia de una ley de protección de los más grandes es también un reflejo de esta desatención hacia las necesidades de las personas mayores. Ancianos abandonados en sus casas, a veces sin siquiera la limosna de una jubilación mínima, en asilos a los que nunca entran visitas, o la violencia ejercida en el interior mismo de la familia, son parte del drama que viven algunos de los integrantes de la tercera edad.

El nombre actual de esta casa es “Hogar Remembranzas”, fue fundado hace 14 años por una ex religiosa, dice que ha tenido que enfrentar un sin número de dificultades, la principal ha sido la económica y la falta de apoyo. Por parte del Estado están las normas legales difíciles de asumir para su funcionamiento, ya que le han mandado órdenes de varios cierres. Ha tenido varias demandas laborales por no poder atender completamente los requisitos de este régimen. Hay ancianos que no han podido pagar su estadía, otros pagan muy poco, el arriendo de la casa es costoso, hasta insoportables vacunas por parte de los paras...que no se ha cerrado la casa por Gracia de Dios y el espíritu de servicio en el que ha logrado perseverar.

En un Hogar Gerontogeriátrico de la Ciudad de Medellín se encuentran institucionalizados en cada una de las dos cedes que posee alrededor de 25 adultos mayores con diversas particularidades de estados físicos y mentales y en rangos de edades entre los 49 y 87 años de ambos sexos; lo notorio es la “ausencia” de las familias en el acompañamiento de estos y su deterioro en su sentido de vida.

Con la aplicación de diversos instrumentos investigativos, se muestra la caracterización de estos adultos y algunos perfiles de sus familias; el análisis arroja una preocupante situación: el “ausentismo” o distanciamiento de las familias en el apoyo en este proceso del ciclo vital; la complejidad en la aplicación de las normas estatales mínimas que protegen y estimulan una vejez saludable; la falta de un programa adecuado en pos de estimular y adaptar en este período de la adultez, situaciones favorables que dignifiquen a estos seres y la asunción de la familia como parte fundamental y responsable de ellos.

1.1.3 EDADES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.

Las edades de los adultos mayores presentes en el Hogar Gerontogeriátrico Remembranzas va desde 49 y 98 años aproximadamente.

1.1.4 ESTADO FÍSICO.

Hace alusión a algún tipo de dificultad de movilidad o estado relacionado con su estado físico, diferente al estado de salud mental.

- Relaciona unas 5 personas, discapacitados o con dificultades de movilidad autónoma.
- Manifiestan que se encuentran 15 personas autónomas en su movilidad y en aparente buen estado de salud.
- Describe unas 10 personas como no funcionales.
- Otras más con movilidad dependiente de silla de ruedas.

1.1.5 SALUD MENTAL. De acuerdo, a la fuente, es la valoración que se le atribuye sobre el aspecto.

- En estado bueno de salud mental, algunas personas, sin deterioro cognitivo: 20%
- Varios con deterioro cognitivo grave o severo (Alzheimer): 35%
- Otros con deterioro cognitivo moderado: 25%
- Otros con deterioro cognitivo leve: 20%
- Uno con trauma de masa encefálica.
- Otros con deterioro vascular un (CBA)
- En estado regular, unas 6 personas
- Otros 3 con trastorno bipolar
- Otros 5 tienen secuelas de demencia senil

- Otros dos esquizofrenia y bipolar.
- Y el último manifiesta que, maneja su demencia, agresivo, es un paciente que desarrolló epilepsia, la depresión la maneja con la prensa.

Mapa de localización del Hogar Gerontogeriatrico REMEMBRABZAS



1.2 PROBLEMÁTICAS OBSERVADAS.

El envejecimiento poblacional es el fenómeno demográfico más relevante en la actualidad, y es que éste se está presentando de forma acelerada y continua a nivel mundial. Como consecuencia de este fenómeno, el Estado colombiano ha ejecutado y diseñado políticas sociales dirigidas a la atención integral del adulto mayor, a través de programas sociales desarrollados por instituciones gubernamentales, que buscan brindar servicios de atención gerontológica a este grupo necesitado en la población colombiana. No obstante, los esfuerzos realizados, no alcanzan a cubrir la magnitud del fenómeno.

En el país, de igual manera que en el mundo, muestran que la expectativa de vida es significativamente más larga, debido a la disminución de la mortalidad prematura, ya sea por la mejora en las condiciones de vida, ya por desaparición de infecciones y otras enfermedades crónicas. Al parecer los colombianos se están muriendo más viejos, según el Departamento Nacional de Estadísticas, DANE.⁵

Los familiares se ven obligados a buscar un lugar donde llevar a los gerontes a un centro comunitario de atención, por dos motivos: primero por desconocimiento en el cómo atenderlos y segundo, por no contar con los recursos socioeconómicos que demanda esta labor. La única alternativa que tienen es aprovechar los establecimientos que presten este servicio a la comunidad. Lo anterior representa para la cultura y la sociedad de Medellín, ancianos engrosando el número de personas desamparadas y en abandono, que en algunos casos degenera en mendicidad, convirtiéndose en un problema de salud pública. Los Hogares Remembranza que con un sentido de beneficencia cubren una mínima parte de este fenómeno, albergando a más 50 personas, presenta necesidades de atención psicofisiológicas, ya que las discapacidades de edad lo requieren así.

⁵ Informe Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Extraído de www.dane.gov.co

1.2.1 SISTEMA DE EVALUACION ESTRATEGICA DOFA

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Situación física y psicológica que es resultado del estado de salud presentado por el adulto mayor que ingresa al Hogar geriátrico Remembranzas. ❖ Falta de accesibilidad para la movilidad de sillas de ruedas. ❖ El ocio por el exceso de tiempo libre, ocasionando tedio en los usuarios. ❖ Presupuesto reducido, sumado a la falta de pago oportuno por parte de los familiares de usuarios. ❖ Sobre carga de tareas en la atención a los adultos mayores, debido al número escaso de cuidadores. ❖ Falta de apoyo en presupuesto de entidades estatales y de familiares. ❖ Restricciones por parte de las leyes publicas acompañadas de exigencias que restringen y dificultan el funcionamiento. ❖ Pago de alto costo por arriendo del inmueble, ya que no es propiedad de la institución. ❖ Amenazas y vacuna por partes de grupos al margen de la ley: paramilitares. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La institución hogar del adulto mayor Remembranzas, se proyecta como un ente fundamentado en su experiencia de 14 años, así avanza hacia el futuro. ➤ Como la casa cuenta con instalaciones confortables, esto permitirá la continuidad y satisfacción en el servicio y bienestar humano. ➤ Por la vecindad al parque, el adulto mayor vivirá la posibilidad de aprovechar el espacio abierto y las zonas verdes para hacer paseos. ➤ La vida comunitaria brindará la posibilidad de socializar entre los usuarios y la expresión de espacios afectivos. ➤ El programa permite a practicantes de la UNAD, Inder Medellín, Confenalco, entre otros voluntarios, lo que se convertirá en un valor de gran apoyo en el cuidado de los usuarios.

❖ Capacidad de alojamiento que no se llena, hay vacantes.	
FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La institución cuenta ya con 14 años de haber sido fundada. ➤ La fundadora cuenta con la idoneidad, profesionalismo, además es una persona con un liderazgo carismático. ➤ La casa hogar está ubicada en el vecindario de frente al parque. ➤ La comunidad de adultos mayores se convierte en un ambiente propicio para la socialización y calidez humana. ➤ La casa está dotada de los muebles apropiados para la convivencia y estadía de las personas según la edad. ➤ Voluntarios y practicantes de universidades y otras entidades, están apoyando la labor en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro de la calidad de vida con el paso del tiempo. ❖ Depresión y sentimiento de abandono, pérdida de la calidad de vida: a causa del no manejo del tiempo de ocio, de la falta de atención por parte de la familia, el Estado y la sociedad en general. ❖ Cierre de la institución a causa de la falta de presupuesto. ❖ Baja calidad en cuidados necesarios para los adultos mayores por el escaso personal para el cuidado.

1.2.2 IDENTIFICACION DE LA SITUACION PROBLEMA

De las debilidades del hogar geriátrico Remembranzas y de las amenazas que representa para la continuación y/o bienestar de los pacientes, entonces surgen las siguientes estrategias:

1. Hacer acompañamiento psicológico para los diferentes usuarios. Los pacientes, recibirán psicoterapia por parte de voluntarios profesionales, en forma periódica y estable. Diversas terapias según el estado de los usuarios, Incrementar el contacto físico por el cual reciban cariño, afecto, talleres en los que se mejore la comunicación del grupo y las relaciones interpersonales, como el cuidado y atención de visitantes familiares o amigos, recreación y uso del tiempo de ocio, de manera que se evite el tedio. Celebración del día del adulto mayor, por ejemplo y cumpleaños comunitarios, si es que no se pudiesen celebrar a nivel individual. Talleres y actividades de tipo espiritual o religioso. Asistencia para atender conflictos y necesidades de diverso índole.
2. Para la falta de recursos económicos: se seguirá la siguiente estrategia: realización de proyectos que permitan obtener recursos y proyección del hogar, Modificar la razón social de la institución, de tal manera que se realicen campañas de benefactores que apadrinen a un adulto mayor, ya que la actual razón social no lo permite...
3. Se sugiere que paguen más cuidadores con los recursos que se capten, que estos sean más capacitados y promover una campaña de cuidadores voluntarios.

Además, de las fortalezas y oportunidades, se podrían rescatar las siguientes estrategias a aprovechar.

1. Aprovechar la experiencia de 16 años de fundados, el carisma de la fundadora y el ambiente comunitario para: continuar apoyando el bienestar del grupo, sosteniéndolo y brindándole procesos de participación de acuerdo a su edad. Lograr que se posea una casa con algunas comodidades, lo que permite el albergue y abrigo del grupo de adultos usuarios del programa.

2. A quienes se les facilita caminar, realizar paseos por el parque en momentos de esparcimiento, de tal manera que se respire aire puro, se propicie el ejercicio físico, y el encuentro con sus pares...
3. Ordenar con un cronograma las actividades de los actuales voluntarios, de manera que su trabajo sea significativo en la consecución de bienestar para la comunidad de adultos mayores en lo psicológico, físicos y en lo espiritual.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Con ésta práctica pretendo realizar una ilustración sobre los cambios de actitud psicosocial en los adultos mayores al ingresar a un centro gerontológico, sobre las condiciones psicosociales en que se encuentran las personas de la tercera edad, para evaluar su estado físico y social, los aspectos que aportan a su vinculación a un nuevo rol donde el sentido de vida cambia radicalmente. Conocer la realidad a la que se ve sometida esta parte de la población y recomendar acciones para el mejoramiento de las condiciones de vida en esta etapa.

En la actualidad cuando se vislumbra un incremento de la institucionalización del adulto mayor por parte de la familia, se hace necesario asumir una posición más objetiva, responsable y comprometida con esta población cuya asistencia requiere de la participación de un grupo de profesionales, en sus diferentes áreas especializadas tales como la gerontología, psicología, medicina, recreación y deporte entre otras, lo que quiere decir que este campo de acción es Interdisciplinario y no de exclusividad de un solo campo de conocimiento.

Es necesario que la sociedad en general y en especial el gobierno encamine nuevos proyectos y garantice que la actual y venidera legislación, dirigidos al bienestar de esta población, se desarrollen con el ánimo de garantizarle una vejez tranquila y en paz y en la cual las capacidades vitales no se disminuyan y se apliquen a cabalidad. En el caso de los adultos que se institucionalizan, al ser separados de sus familiares, pueden sentirse excluidos, desplazados, abandonados y poco valorados, generando alteraciones en su sentido de vida por la ruptura del vínculo familiar.

Las familias al tomar esta decisión deben tener en cuenta que al separarse de sus adultos mayores pierden figuras o modelos de respeto, sabiduría, experiencia y valor que les ocasiona de alguna forma sentimientos de culpa, desolación, ausencia, abandono. Al cambiar su ambiente familiar, incide en su sentido de vida lo que implica la adaptabilidad a uno nuevo, esto le puede generar vacío y desconcierto frente a una nueva realidad o escenario.

1.4 FUNDAMENTACION TEORICA

1.4.1 REFERENTE TEÓRICO

Se toman algunos autores que permiten dar fundamento teórico al que-hacer profesional, desde el contexto de América Latina, particularmente de Argentina. Considerando el planteo de Pacenza (2001) respecto a que existen en el caso de los psicólogos, lógicas propias del campo de la psicología, que resultan efecto de determinados condicionantes e influyen en sus prácticas, incidiendo de manera particular en su proceso de desarrollo profesional, pensamos que el proceso de profesionalización de los psicólogos graduados, se ve atravesado e influenciado por una particular configuración local tanto del campo psicológico como educativo y su vinculación en determinadas épocas.

En el escenario mundial, en los inicios del año 60 había muchas referencias a una segunda revolución científica que propiciaba la conformación de una "sociedad erudita", inscrita en el movimiento post industrial que se organizaba en torno a la competencia profesional. Esa segunda revolución científica ponía de relieve una nueva valoración del conocimiento y las habilidades científicas, así como su intervención en términos de fuerza productiva (Schön, 1998).

La configuración del campo psicológico en ese marco encuentra factores comunes en el mundo occidental. Entre los comunes puede citarse la difusión de los discursos de la salud mental que nutriéndose del psicoanálisis y las ciencias sociales venían a remplazar. La psicología, en el marco de una profunda transformación social, desarrolló enfoques clínicos y preventivos basados en un nuevo paradigma.

La mayor parte de las psicólogas que conforman la muestra analizada en este trabajo inician sus trayectorias profesionales en un contexto social, cultural y laboral signado por las características señaladas.

1.4.2 ADULTO MAYOR

Según Sanchez, nombre o término que reciben las personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, muchas veces siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida.

1.4.3 CICLO VITAL

Fases ordenadas que atraviesan todos los seres vivos a lo largo del tiempo: Nace, crece, se desarrolla y muere. Es un proceso irreversible y continuo, una constante transformación física y mental. Desde el interior del vientre materno el cuerpo cambia, en un primer momento, para enfrentarse a la vida en el exterior y luego, para perfeccionar la maravillosa maquinaria corporal y las diferentes habilidades y procesos que se realizan gracias a ella.

El ciclo vital consta de etapas bien definidas, en las que se puede observar el crecimiento, maduración y degeneración de los diferentes órganos y tejidos que constituyen el cuerpo humano. No solo existen grandes diferencias externas entre lo que se es cuando niños y posteriormente como adultos o ancianos. Cada célula que constituye el organismo, se transforma con el paso del tiempo.

El ser humano, en promedio, alcanza los 70 años de vida. Una cantidad importante de años, en los que se adquieren capacidades como caminar, comunicarse, e incluso, iniciar un nuevo ciclo vital, a través de la reproducción.

1.4.4 INSTITUCIONALIZACIÓN

Proceso interno de un sistema social, ya que por su intermedio, como se ha podido apreciar, una sociedad dada establece formas de actuar y de ordenar su quehacer humano que son aceptadas por todos como “la forma de vivir y de hacer las cosas”, constituyéndose en “el orden social” aceptado por todos –o la mayoría—porque así fue surgiendo a lo largo de su historia y porque tiene vigencia.

En este proceso se pueden adquirir ciertos valores como el sentido de pertenencia hacia la institución a la que está adscrito el individuo y esta a su vez le debe generar al individuo seguridad y lo instala en una escala de normas, valores y categorías que lo hacen ser importante o valioso para si mismo, para la institución y por ende para la sociedad.
([http://es.wikipedia.org/wiki/Socializaci%C3%83%C2%B3n_\(desambiguaci%C3%83%C2%B3n\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Socializaci%C3%83%C2%B3n_(desambiguaci%C3%83%C2%B3n)))

1.5 DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR

Desde la antigüedad, el tema de la vejez ha generado conflicto. “Para la cultura grecorromana la vejez era una de las fatalidades más grandes de la existencia, pero para otras culturas envejecer conllevaba el alcance de virtudes como la prudencia, discreción y sabiduría” (Rodríguez Domínguez. 1992)

La vejez es una etapa más del desarrollo humano, se puede ser feliz en esta etapa. Al envejecer todas las personas experimentan un deterioro en sus capacidades mentales y físicas, en algunos es más marcado dicho deterioro. La pérdida de estas facultades provoca en muchos casos que el adulto mayor modifique su comportamiento e incluso su área afectiva, lo que ocasiona que su adaptación al medio se deteriore. Es importante conocer los efectos del deterioro para que se le brinde al adulto mayor un ambiente agradable para vivir.

Al momento de relacionarnos con adultos mayores, se ve la frustración que experimentan algunos al no poder procesar adecuadamente la información que viene del medio, también se ve el rechazo y discriminación sufrida por una sociedad cambiante y veloz que los toma como una carga. Esto acarrea depresión, impotencia al no poder controlar o detener el deterioro, el adulto mayor se da cuenta que es más débil y lento, que necesita ayuda y que no puede valerse por sí mismo.

El adulto mayor busca la manera de demostrar el ser útil y que lo vean capaz de realizar actividades, pues se niega a ser una carga y no le resulta fácil aceptar que no puede valerse por sí mismo. Para comprender al adulto mayor, debemos conocer las dificultades a las que él se enfrenta, así se le podrá brindar una mejor atención.

Un adecuado funcionamiento cognitivo, al igual que una buena situación anímica, física y socio ambiental, son esenciales para la autonomía de la persona. La cognición incumbe la capacidad de atender a lo que nos rodea, concentrarnos en asuntos, aprender nueva información, recordar lo aprendido, reconocer, comprender, expresarnos, ejecutar tareas, razonar ante situaciones nuevas, juzgar, pensar en abstracto y planificar. El proceso de envejecimiento cerebral afecta a todos los individuos, manifestándose en el anciano sano como un descenso de funcionalidad en el área cognitiva.

-La memoria a corto plazo se ve afectada, no es así con la memoria a largo plazo.

-Comprensión, entender y penetrar en la naturaleza de las personas y objetos: para los adultos mayores resulta difícil asimilar nuevos conocimientos, el proceso se vuelve lento.

-Análisis-atención: capacidades que decaen con la edad

-Emociones: con la edad se puede cambiar de ánimo con facilidad o se puede presentar afecto plano.

-Lenguaje: es común que una persona relate una y otra vez una misma historia cuando son mayores de edad, esto se relaciona también con la memoria. (Rodríguez D, S. La vejez, historia y actualidad. Ed. Universidad Salamanca España, 1987)

1.5.1 INDICADORES DEL DETERIORO COGNITIVO

-La memoria a corto plazo se ve afectada, no es así con la memoria a largo plazo.

-Comprensión, entender y penetrar en la naturaleza de las personas y objetos: para los adultos mayores resulta difícil asimilar nuevos conocimientos, el proceso se vuelve lento.

-Análisis-atención: capacidades que decaen con la edad

-Emociones: con la edad se puede cambiar de ánimo con facilidad o se puede presentar afecto plano.

-Lenguaje: es común que una persona relate una y otra vez una misma historia cuando son mayores de edad, esto se relaciona también con la memoria.

1.5.2 TEST MINI MENTAL

Fue creado por Folstein en 1975, hay una versión traducida al castellano por Lobo. Es el más nombrado en la literatura, explora 5 áreas cognitivas: memoria de fijación y reciente, atención, habilidades constructivas, lenguaje, orientación

témporo espacial. Es útil en la detección del deterioro cognitivo y en la valoración de la demencia. 0-10 deterioro grave, 11-17 moderado, 18-25 leve. Tiene varias limitaciones: no se puede aplicar a analfabetos, individuos con déficit sensorio-motor severo o afásicos. Es de baja sensibilidad en el deterioro leve o en personas de alto nivel educativo.

1.5.3 ANÁLISIS GLOBAL – TEST MINI MENTAL

Entre las personas evaluadas, un 80% muestran signos de deterioro, un 20% es deterioro cognitivo leve, un 25% es deterioro cognitivo moderado, un 35% es severo y el resto no muestran deterioro. Esto muestra que al envejecer se van perdiendo facultades mentales como orientación en lugar, tiempo y persona, memoria, comprensión y razonamiento abstracto. Se nota que quienes no tienen deterioro marcado son personas que gustan la lectura y que son positivas y alegres; el deterioro cognitivo disminuye la adaptación psicosocial en las personas adultas.

1.5.4 RECOMENDACIONES ANTE EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

-El contacto directo con la familia ayuda a retardar un poco el avance del deterioro cognitivo en personas de la tercera edad, sin embargo la adaptación al medio se ve más afectada en este grupo de personas.

- Las personas institucionalizadas presentan más signos de depresión que las personas no institucionalizadas, debido a que describen su vejez como triste y al notar que las demás personas los perciben de forma negativa. Esto posiblemente se deba a que dentro de la familia se tiene más paciencia y tolerancia, así mismo ellos se sienten con más libertad de exigir, y en algunos casos piensan que sus familiares tienen la obligación de satisfacer sus demandas, no así en una institución de cuidado.
- Es interesante el saber que la mujer tiene más probabilidad de padecer Alzheimer al llegar a la tercera edad, resultaría de mucha importancia el comprobar qué factores intervienen para que esto suceda.
- Existen varias terapias psicológicas que se utilizan para retardar un poco el avance del deterioro cognitivo, resultaría muy interesante saber cuál es la terapia más usada o bien con qué terapia se obtiene mejores resultados.
- Los familiares y cuidadores de personas que muestran signos de deterioro cognitivo deben orientarse para conocer las características de la enfermedad, así mismo buscar apoyo para poder enfrentar los cambios que se van presentando.
- Las instituciones de cuidado del adulto mayor tratan de satisfacer de manera adecuada las necesidades físicas de este, como lo son alimentación y vivienda, pero también deben tratar de satisfacer las necesidades emocionales como el saber escuchar, el mostrar paciencia e interés y sobre todo el buscar la manera de que el adulto mayor se sienta útil y no una carga.
- Es importante la estimulación cognitiva, el aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud, a buscar nuevas formas de intervenir a nivel psicológico en favor de las personas de la tercera edad compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social.
- El aumento de la prevalencia del deterioro cognitivo en la población mayor y su repercusión en el nivel de independencia y calidad de vida de los mayores institucionalizados, constatados por los estudios epidemiológicos en general y nuestro en particular, justifica la necesidad de identificar precozmente tal

alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del anciano el máximo tiempo posible, implementando distintas medidas de reforzamiento y ejercicio de dichas funciones, para así retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de estos ancianos.

-Importantes razones justifican la preocupación por el diagnóstico precoz del (DCL)deterioro cognitivo leve. En el caso de la demencia, quizás de mayor interés sea la probabilidad de revertir un "exceso de incapacidad" cognitiva o funcional hasta entonces desapercibido.

-No menos importante es ofrecer la oportunidad a la familia de recibir información sobre la enfermedad desde un inicio, poder adaptarse y ajustar los cuidados a las necesidades en cada fase y planificar el futuro. Esto ayuda a mejorar su bienestar y la calidad de los cuidados, evitando el desconcierto al no comprender lo que está sucediendo, y prevenir para que no se tomen decisiones equivocadas en momentos de crisis.

-Otro aspecto que no debemos olvidar es el apoyo, por un lado, al mayor que está experimentado el declinar de sus capacidades cognitivas y con ellas, en mayor o menor medida, las funcionales; y, por otro, el papel de la familia dentro de la detección, planificación y actuación frente a la progresión del deterioro cognitivo.

1.5.5 RECOMENDACIONES PARA COMBATIR EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR.

-Gran preocupación en los adultos mayores es la pérdida de las facultades cognitivas y la aparición de una posible demencia. Cualquier medida que tenga utilidad para la prevención del deterioro es bienvenida. La evitación de todos los

factores que puedan promover la enfermedad cerebro-vascular o las diversas demencias será la primera medida a adoptar.

-Para mantener la memoria es importante mantener la actividad cerebral: interesarse y pensar en el entorno, adquirir nuevos intereses y evitar la rutina. Interactuar con otras personas, saber qué sucede en la vida de familiares y amigos, colaborar en las tareas de la casa. Es posible aprender o adquirir nuevas habilidades, seguir un curso, aprender jardinería o alguna manualidad, acrecentar el hábito de la lectura.

-Proponer objetivos alcanzables, controlar los impulsos al resolver problemas, tomarse un tiempo, pensar y luego actuar. Aceptar que los problemas duelen y ser realista

-Vivir y disfrutar inmensamente los buenos momentos sintiéndose orgulloso de ser ADULTO MAYOR

-Ser creativo, todos tenemos dones naturales, usar la sabiduría y experiencia propia y de las personas que nos rodean para realizar nuevas actividades

-Aceptar ayuda y ser receptivo, pues cada persona que conocemos o cada situación que vivimos nos brinda una enseñanza

-Tener y mantener la fe y la esperanza en cada momento de la vida, ser positivo otorga una fortaleza mayor para enfrentar cualquier situación de la vida cotidiana

-Recuerde que todos podemos equivocarnos y que eso no significa necesariamente ser una mala persona

-Logre ser auténtico y ser honesto al tomar decisiones, lo más probable es que triunfe en lo que se propone

-Acéptese a sí mismo, si existe algo en usted que no le gusta o le critican, pida opinión sobre cómo cambiar y, a su vez, usted decida cómo lo hará para que las cosas resulten mejor

-Recuerde que no todo lo que se desea se puede alcanzar

- Órgano que no se utiliza se atrofia, establezca un programa de actividad física regular con el objetivo de incrementar la fuerza, resistencia muscular y activar las articulaciones. Adecuada alimentación y controles médicos

- Mantener un sueño regular tratando de acostarse y levantarse siempre a la misma hora. Usar correctamente los medicamentos, no auto medicarse.
- Aceptar ayudas tales como audífono, lentes, bastón...Minimizar el aislamiento: explorar las opciones para incrementar la socialización tanto en el interior como en el exterior del domicilio. Identificando qué actividades le resultan interesantes y que impliquen recreación así como tener relaciones con otras personas.
- Mantener un estado emocional positivo. Cuando se experimenten síntomas de trastorno de ánimo consultar a su médico o psicólogo.
- Conservar la dimensión espiritual según sus tradiciones culturales y religiosas.
- Utilice su cerebro, haga ejercicios mentales: lea un libro y coméntelo al igual que noticias o programas de televisión o radio; no se lo guarde para sí, comparta lo aprendido y ejercitará su cerebro.
- Psicoactivación: sistema de acciones exógenas o endógenas capaces de potenciar capacidades del individuo que estimulan su dinámica psíquica. Crea un programa de hábitos que organicen la vida diaria y un acontecimiento semanal que proyecte la consecución de un objetivo.
- Importante cumplir con normas de disciplina en el orden, anotar las cosas más importantes que se van a hacer durante el día ayuda a poner orden en la vida y a disciplinarse a cumplir con lo prioritario en el día a día.
- LOS JUEGOS DE MESA SON EXTRAORDINARIOS: DOMINÓ, CARTAS, AJEDREZ, DAMAS CHINAS, PARQUÉS...PUES CADA JUGADA Y PARTIDO SON DIFERENTES Y ADEMÁS SE CUENTA CON EL PLACER DE COMPARTIR CON OTROS.**
- Trate a los demás por su nombre, y si conoce alguien nuevo, acepte como un reto aprender su nombre. No se amilane ante algún olvido.
- Cultive el gusto por la música. Aprenda a tocar un instrumento musical, cante, baile solo o en grupo, cuente chistes o anécdotas. La música es el mejor mensaje y estimulador del cerebro.**
- “Nuestra capacidad cerebral utilizando como base la memoria se expande de manera infinita, puesto que será de tal tamaño de lo que tengamos de**

frente y podemos leer”. (Dr. Ciro Gaona). Al igual que los músculos, las habilidades cognitivas pueden ejercitarse para evitar el normal deterioro asociado al paso de los años.

-En los adultos mayores, perder la memoria puede deberse más a dejar de tener una vida laboral, aislarse y carecer de motivación que al envejecimiento en sí mismo. Distintos estudios que compararon el rendimiento intelectual de jóvenes universitarios y personas sanas de la tercera edad muestran que se obtienen similares resultados dado que los mayores compensan su menor velocidad mental con un mayor cúmulo de conocimientos.

-Otros estudios demuestran que la ejercitación y estimulación cognitivas pueden retrasar la aparición de los trastornos de memoria y de las funciones intelectuales en personas sanas. Hoy existen programas de entrenamiento cognitivo, ya sea mediante ejercicios individuales o talleres grupales, que permiten mantener la mente en forma.

-Lleve un estilo de vida sana. Evite situaciones de estrés emocional y permítase disfrutar de actividades de recreación. Mantenga una amplia gama de intereses y hobbies.

-Mantenga una vida socialmente activa. Intercambie momentos y opiniones con personas de menor edad.

-Mire una película y explique la trama a quien no la haya visto.

-Haga cuentas mentales en el supermercado y luego compárelas con el resultado al pagar.

-Lave sus dientes con la mano no dominante.

-Cuando atienda al teléfono trate de reconocer al que llama antes de que se identifique. Luego intente memorizarlo. Al final del día escriba el nombre de todas las personas que llamaron.

-Cuando entre en un cuarto lleno de gente trate de estimar rápidamente cuántas personas hay a su derecha y cuántas a su izquierda.

-Cuando cene en un restaurante o en casa de un amigo, trate de identificar los ingredientes utilizados en el plato que está comiendo. Concéntrese en los sabores sutiles. Luego verifique sus percepciones con el mozo o con su amigo.

-Los pequeños olvidos forman parte de su vida cotidiana, la memoria de trabajo es de corto plazo y sólo sirve para guardar 6 a 7 datos. Un truco para expandirla es segmentar o dividir la información. Para recordar un número de 9 dígitos, divídalo en grupos de 3.

-Conozca qué tipo de memoria está más desarrollada en usted. Si es la visual, apóyese en imágenes. Si es la auditiva, repita para sí lo que se desea recordar.

-Utilice varias vías para recuperar la información. Cuando olvidó una palabra, recurra a un sinónimo. Los crucigramas y juegos de letras ayudan a agilizar la mente.

-Haga una cosa por vez. Esto ayuda a focalizar la atención.

-Sea organizado. Tenga un solo lugar para las llaves, uno para los anteojos, otro para el celular. Decida si va a llevar la agenda siempre o si la va a dejar en su casa, así no tiene que recordar si la llevó o no. (Centro Neurológico de tratamiento y Rehabilitación: (001) 4811-1875)

CAPITULO 2. METODOLOGÍA DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

DIRIGIDA

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la situación actual en que se encuentran los adultos mayores del Hogar Remembranzas con el fin de sugerir perspectivas que ayuden a mejorar su calidad de vida.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las necesidades de la comunidad de personas mayores del Hogar Remembranzas, de tal manera que se logre intervenir con la práctica profesional de forma asertiva.
- Apoyar el grado de compromiso y responsabilidad por parte de los cuidadores y sus familias, para que se logre unir esfuerzos en bien de las personas mayores.
- Aplicar estrategias profesionales adecuadas a la edad y que puedan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Brindar acompañamiento y orientación psicológica a los usuarios del hogar y al personal o cuidadores de la institución.

2.2 ENFOQUE METODOLOGICO DE LA EXPERIENCIA

La práctica está orientada en lo procedimental, por actividades de acompañamiento psicológico y dinámicas grupales, propias para personas mayores. Semana a semana, se distribuyen estas tareas, de tal manera que durante el tiempo del mes, sean adecuadas para el grupo y su edad, se tiene cuidado que no se sature el tiempo y el estado físico de los gerontes.

2.2.1 EL TALLER REFLEXIVO

Se puede definir como un lugar donde se aprende haciendo, es además un instrumento para la socialización; en él se aprende a pensar y actuar en equipo, es un proceso pedagógico en el cual los participantes asumen problemáticas y

temáticas específicas a través de una postura integradora, donde reina la reflexión y la articulación de la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso y donde se orientan a la comunicación constante con las realidades personales y sociales. Mediante el taller reflexivo, se vivifica la experiencia de trabajo colectivo como el máximo intercambio de dar hablar y escuchar, dar y recibir, defender posiciones y buscar consensos, tornándose en una experiencia de trabajo creativo y vivencial que genera identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia y compromiso colectivo.

Esta técnica se torna en motor de aprendizaje significativo y cooperativo porque exige la construcción de metas comunes, la interdependencia de tareas o división de las labores lo que permite al grupo participante ser más eficiente en el desarrollo de sus actividades, en tanto cada cual puede hacer lo suyo con su aporte personal en beneficio del grupo, perfeccionando con ello su autoestima y la percepción de sí como una persona útil así mismo y a los demás.

La metodología tipo taller reflexivo, tiene como objetivos:

Promover la participación del grupo en la discusión y análisis de las diferentes temáticas y problemáticas.

Desarrollar mecanismos que ayuden a la libre expresión de ideas y opiniones

Elevar los niveles de conciencia, frente a la realidad y a la problemática vivida

Despertar interés por la solución de problemas comunitarios. (TORRES, C, A. 1995)

2.2.2 ACTIVIDADES RECREATIVAS Y LÚDICAS

A las actividades recreativas se les dan dos enfoques:

Como metodología de recreación es medio para dinamizar grupos sociales para el logro de propósitos a mediano y largo plazo proyectados en las comunidades. Ley 181 de 1995

“Se entiende que la recreación es un proceso de acción participativa y dinámica, que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas o intelectuales de esparcimiento.” (GARCÍA-M. M. A.2007, pp. 264-270).

La recreación como PRACTICA SOCIAL .Puede decirse que es cuando la recreación es utilizada para lograr el goce y placer momentáneo fundamentado en la expresión del potencial lúdico creativo del individuo, implica espontaneidad, disfrute, regocijo y libertad. Contempla las técnicas recreativas propias para animar grupos y su fin principal es la motivación y la diversión.

2.2.3 CONVERSATORIO

Es aquella actividad que se desarrolla con un grupo de personas que se reúnen para hablar de un tema especial, durante un tiempo determinado, durante el desarrollo de este cada persona que interviene expone sus puntos de vista frente al tema tratado. Para el desarrollo organizado del conversatorio, el grupo nombra un moderador que se encarga de controlar los tiempos y las frecuencias de intervención, el da la palabra a los participantes y es quien da por terminada la actividad.

2.2.4 ENTREVISTAS

Son encuentros para hacer un dialogo entres dos o mas personas durante el cual el entrevistador emite preguntas y obtiene respuestas del entrevistado, teniendo en cuenta que este siempre debe ser el centro de la conversaci3n. Este espacio nos permite recopilar ideas, datos, comentarios, etc., sobre temas o situaciones espec3ficos, como tambi3n las interpretaciones que le den los entrevistados a las mismas.

2.2.5 HISTORIAS DE VIDA

Por ser una t3cnica muy abierta, nos permite recoger informaci3n mas completa de la trayectoria de las personas objeto de estudio, obteniendo informaci3n de su experiencias vitales que nos ayudan a enmarcarlo en los contexto social - cultural en que vivi3.

2.2.6 VISITA DOMICILIARIA

T3cnica realizada a manera de entrevista Familiar que se desarrolla en forma de forma de conversaci3n y nos permite recolectar datos de los aspectos econ3micos, sociales y culturales que se viven en el domicilio de las personas objeto de estudio. Por medio de esta se pueden validar datos demogr3ficos, socios econ3micos y culturales, obtenidos con los dem3s instrumentos aplicados.

2.3 PLAN DE ACCI3N

Objetivo	Actividades	Descripci3n- prop3sito	Meta y tiempo de duraci3n

Diseño e implementación de formato para registro de información socio-económico-familiar del adulto mayor.	Diseño de formatos exclusivos de caracterización	Diseño de un formato exclusivo de caracterización	Diseño de un formato exclusivo de caracterización: Primer mes
	Realización de visitas domiciliarias	Permitirá dar una mirada de la familia desde la perspectiva sistémica, a fin de observarla desde el medio ambiente natural, su relaciones sociales causales, a partir de su estructura.	visitas a familiares de los adultos: una vez por semana
	Encuesta de satisfacción	Entrevistar a familias de adultos mayores	Que opinen acerca del acompañamiento psicológico: dos familias mensualmente
Realizar conversatorios con las familias que llegan al centro a	Inducción en el proceso de recepción del encuadre para la institucionalización.	presentación del proceso, reconocimiento instalaciones, personal empleados,	Todas la familias al momento de institucionalizarlo

<p>institucionalizar al adulto mayor para sensibilizarlos frente a las responsabilidades que tienen en dicho proceso</p>		<p>presentación del manual de convivencia, luego de sacarlo, etc, presentación de las responsabilidades de la familia frente al proceso de la institucionalización, firma de carta de compromiso donde se asume responsabilidad frente al proceso de asistencia y acompañamiento de actividades en pos de velar y salvaguardar la integridad del adulto mayor institucionalizado.</p>	
	<p>Socialización y conversatorio sobre el proceso de institucionalización</p>	<p>Socialización y conversatorio sobre el proceso de institucionalización</p>	<p>Todas las familias al institucionalizarlo.</p>
<p>Diseñar un plan de actividades</p>	<p>Taller de planeación</p>	<p>Realizar taller de planeación y</p>	<p>Incluir a cuidadores,</p>

<p>culturales y recreativas para las familias y el adulto</p>		<p>encuadre respecto a las características y las condiciones de los adultos y el hogar (2 horas)</p>	<p>usuarios y familias: dos veces por semana</p>
	<p>Elaboración listado de fechas especiales</p>	<p>Realizar listado de fechas especiales del año para la conmemorar, festejar, recordar, etc., que propicie espacios de intercambio, comunicación, solidaridad, esparcimiento para el fortalecimiento del sentido de vida del adulto mayor.</p>	<p>Distribución semanal y mensualmente</p>
<p>Desarrollar talleres reflexivos, dinámicas, charlas, y otras actividades que permitan estimular un sentido de vida positivo del adulto mayor, tanto con</p>	<p>Tarde de Cine Foro y música terapia, juegos de mesa, cuentos, anécdotas y cantos...</p>	<p>Realizar la proyección de una película alusiva al sentido de vida, en la cual sean los adultos quienes cuenten su valoración y reflexión. (dirigido a la familia y los empleados y</p>	<p>Participación activa de los usuarios, de por lo menos un representante de los empleados y familias</p>

estos, las familias y los empleados de la Institución y usuarios		usuarios)	
	Taller “Sentido de Vida 1”	Taller reflexivo, dirigido usuarios, a empleados y familias; reforzando la importancia de la familia en el sentido de vida	comprometidas con el proceso: una vez por semana
	Taller “Sentido de Vida 2	Taller participativo reflexivo, dirigido a los adultos, para brindar herramientas para potenciación de un sentido de vida positivo.	Totalidad de adultos en condiciones de asistencia participando: una vez por semana
	Charla mensual (Tema abierto)	Programación mensual de temas a manera de charlas o conversatorios abiertos, concertados con los adultos sobre temas de interés	Participación activa, de por lo menos un representante de los empleados y familias: una vez al mes
	Taller “uso y desuso del tiempo	Dirigido a familias y empleados y	Participación de todo el personal,

	libre” -aprovechar los juegos de mesa, cuentos, cantos y anécdotas o reminiscencias	usuarios. Taller participativo reflexivo sobre la importancia del manejo del tiempo de los adultos, proponiendo estrategias para ello, de esta manera ocupar a los adultos mayores en su tiempo de ocio.	según su disponibilidad: Dos veces por semana
	Taller “lo ocupacional como terapia”	Dirigido a familias y empleados. Taller participativo reflexivo sobre la importancia de lo ocupacional para estimular una mejor salud mental, proponiendo estrategias para ello, reconociendo las capacidades y saberes de los adultos para su multiplicación	Participación de los estamentos y elaboración de propuestas a implementar: una vez al mes
Mejorar estado físico en los usuarios en pro de una mejor	Salidas y caminatas al parque y otros lugares para hacer	Usuarios que puedan aprovechar el espacio abierto y natural o	Incrementar calidad de vida: dos veces por semana

calidad de vida	actividad física, fisioterapia dentro del Hogar	internamente en el Hogar, con los diversos ejercicios según su situación o estado físico.	
Brindar acompañamiento psicológico al personal de la institución, en especial a los usuarios	Disponibilidad para la Interacción con todo el personal, en especial con los usuarios	Conocer el estado mental y conductual del adulto mayor, para ayudar desde la psicología con los diferentes aportes posibles al alcance	Atención desde esta disciplina para ayudar a la calidad de vida y superación de dificultades y conflictos: semanalmete
Brindar otros espacios de formación	Formar y reforzar espiritualmente	Compartir momentos de oración y del culto cristiano como es la Eucaristía	Obtener mayor sentido de vida y fortaleza: una vez por semana
Realizar un proyecto del adulto mayor por parte del Hogar "Remembranzas"	Presentar el proyecto a distintas personas y entidades	Buscar apoyo y recursos económicos que permitan la sostenibilidad y mayor proyección de esta obra.	
Promover la vinculación de diversas entidades al hogar Remembranzas	Realizar campañas para motivar y comprometer personal y	Aprovechar diversos aspectos y oportunidades que beneficien a los usuarios y en	

	entidades privadas y públicas con el bienestar del adulto mayor	general la institución	
--	---	------------------------	--

CAPÍTULO 3: RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DIRIGIDA

Se realizaron una serie de eventos y actividades con los adultos mayores, de acuerdo a las necesidades de los diferentes usuarios y cuidadores del hogar: evaluación de los adultos mayores, visita familiar o domiciliaria, talleres, terapia individual y grupal, entrevistas con usuarios y cuidadores, manualidades, círculo de lectura, coro musical, formación espiritual, caminatas y gimnasia, actividades lúdicas y recreativas, celebraciones especiales, cine foros, música terapia, diseño de formatos, reuniones, formatos, proyectos, conversatorios, historias de vida, etc.

3.1 EVALUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

-Edades: oxilan entre los 49 y 98 años

-Estado físico: presentan distintas situaciones, un 50% son dependientes, un 20% con algunas limitaciones y un 30% son autónomos

-Motivo de institucionalización: Hace alusión al motivo o razón de iniciativa para llegar al Hogar.

- .La fuente revela que se encuentran 15 casos de soledad o abandono familiar.
- . Igualmente se presentan 5 casos que se originan por mala convivencia familiar.
- .Algunos casos de mala convivencia familiar y enfermedad cognitiva
- .Otro por un intento de suicidio por dificultad familiar
- . Expresión a unos casos de vejez y soledad
- .Unos casos de difícil manejo
- .Unos más, por necesidad de tratamiento
- .Otra alusión a que nadie quiere vivir con ella
- .Hay una alusión al gusto del adulto por compartir en los Hogares

-Regularidad de visitas.

Frecuencia aproximada de las visitas

Diario: a 3 personas

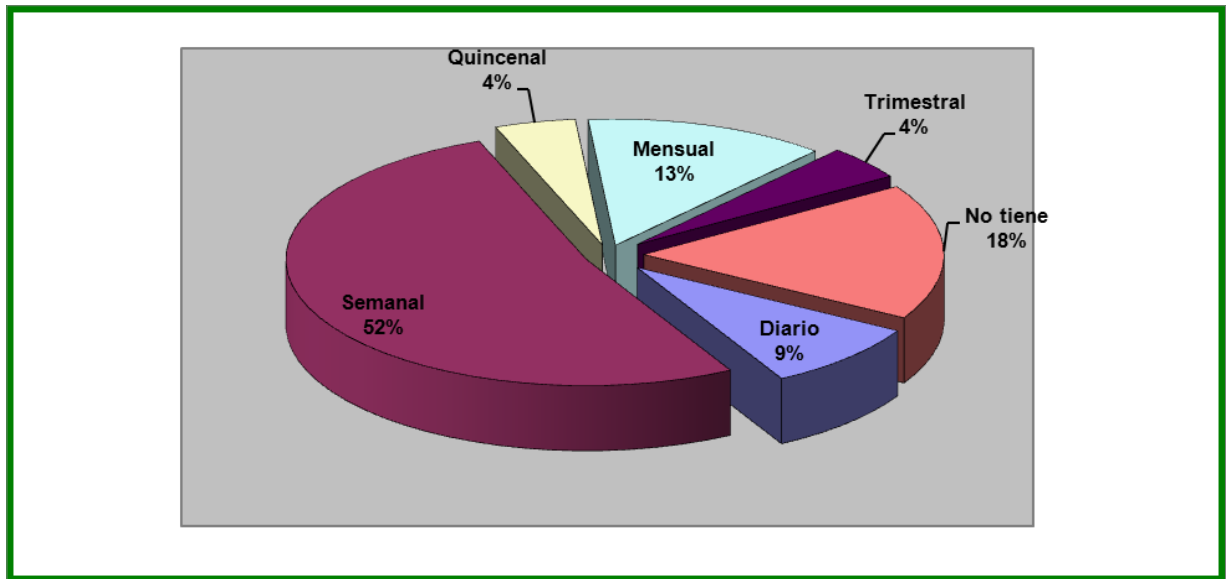
Semanal: a 12 personas

Quincenal: a 1 persona

Mensual: a 3 personas.

Trimestral: a 1 persona

No tienen: varios



-Estado emocional después de la visita: Cómo manifiesta el adulto mayor, su estado después de las visitas.

Normal, conforme: 12 personas

Feliz: 1 persona.

Depresivo: 3 personas

Conmocional: 1 persona

Entretenido con lo que le traen: 1 persona

Acomplejado: 1 persona

No tiene visitas: varios usuarios

-Actividades ocupaciones o motivacionales: Se refiere a qué actividades realiza, o en qué ocupa el tiempo libre en el Hogar. (En este apartado se transcriben textualmente las expresiones manifestadas de cada adulto, ya que se encuentran algunas diferencias y combinaciones)

- Sólo ver televisión
- Dialogar, pelear

- Caminar, hablar, televisión, leer
- Lectura
- Salen a caminar y amatar el tiempo
- Fumar y ver televisión
- Fumar, poético, buen lector
- Le gusta la soledad
- Ver televisión escribir
- No tiene, orar o rezar
- Llorar
- Encierro, soledad, masturbación
- Coser
- Televisión, fumar
- La radio
- Dormir y fumar
- Comer y dormir
- Parqués, dinámicas y televisión
- Televisión y lectura
- Televisión y diálogo con compañeros
- Colaboración
- No funcional

-Salud mental: De acuerdo, a la fuente, es la valoración que se le atribuye sobre el aspecto.

.En estado bueno de salud mental, algunas personas, sin deterioro cognitivo: 20%

.Varios con deterioro cognitivo grave o severo (Alzheimer): 35%

.Otros con deterioro cognitivo moderado: 25%

.Otros con deterioro cognitivo leve: 20%

.Uno con trauma de masa encefálica.

.Otros con deterioro vascular un (CBA)

- .En estado regular, unas 6 personas
 - .Otros 3 con trastorno bipolar
 - .Otros 5 tienen secuelas de demencia senil
 - .Otros dos esquizofrenia y bipolar.
- Y el último manifiesta que, maneja su demencia, agresivo, es un paciente que desarrolló epilepsia, la depresión la maneja con la prensa.

3.1.1 DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR

3.1.2 ANÁLISIS GLOBAL – TEST MINI MENTAL

Entre las personas evaluadas, un 80% muestran signos de deterioro, un 20% es deterioro cognitivo leve, un 25% es deterioro cognitivo moderado, un 35% es severo y el resto no muestran deterioro. Esto muestra que al envejecer se van perdiendo facultades mentales como orientación en lugar, tiempo y persona, memoria, comprensión y razonamiento abstracto. Se nota que quienes no tienen deterioro marcado son personas que gustan la lectura y que son positivas y alegres; el deterioro cognitivo disminuye la adaptación psicosocial en las personas adultas.

-Evaluación psicológica de los adultos mayores: los reportes se encuentran con las historias clínicas en el Hogar.

-Motivo de institucionalización: Hace alusión al motivo o razón de iniciativa para llegar al Hogar.

- La fuente revela que se encuentran 15 casos de soledad o abandono familiar.

- Igualmente se presentan 5 casos que se originan por mala convivencia familiar.

- Algunos casos de mala convivencia familiar y enfermedad cognitiva
- Otro por un intento de suicidio por dificultad familiar
- Expresión a unos casos de vejez y soledad
- Unos casos de difícil manejo
- Unos más, por necesidad de tratamiento
- Otra alusión a que nadie quiere vivir con ella
- Hay una alusión al gusto del adulto por compartir en los Hogares.

3.2 RESULTADOS DE ENTREVISTAS A ALGUNAS FAMILIAS DE ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS

Las entrevistas se realizaron durante la visita domiciliaria acorde con el instrumento diseñado para ello.

Sistematización de las entrevistas a familias	
Resultado	Análisis
<p>Las relaciones parentales de entrevistas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nieta. - Hermana. - Hermana. - Hija. 	<p>Esta relación se refiere a la persona responsable de la asistencia.</p>
Datos sobre los barrios donde habita la familia responsable del adulto mayor	
<p>Dos familias viven en apartamento, una en el municipio de Itagüí en un sector de estrato socioeconómico tres (3), y la otra en el barrio Laureles de Medellín en un estrato cuatro (4); otra más vive en una casa en Itagüí en estrato tres (3); y otra en una finca en el municipio de Barbosa igualmente perteneciente al estrato tres (3).</p>	<p>La muestra deja un promedio de estrato 3 de las familias.</p>

Tres de las familias manifiestan que las actividades comunales son realizadas en parques, en tanto otra manifiesta que en salones.	Reconocen lugares para actividades comunales
Todas las familias coinciden en que el barrio en donde habitan es limpio, y que cuentan con los servicios básicos.	Hay condiciones higiénicas
Tres familias dicen que realizan actividades comunitarias por iniciativa propia; la familia residente en Laureles manifiesta que no.	Mayoría son familias activas
La familia residente en Laureles y una de Itagüí dicen que a sus barrios no asisten particulares con actividades o servicios comunitarios, en tanto las otras dos (2) dicen que sí, la de Itagüí referencia actividades deportivas y la de Barbosa a los turistas.	Por mitades se reconocen asistencias externas al barrio con servicios o actividades
Sobre la identificación de áreas en el barrio para adultos todas las familias manifiestan que sí hay y reconocen como a tales a fincas, parroquias y asilo.	Todos dicen que hay espacios propicios para adultos mayores
Y para lugares para menores igualmente manifiestan todas que sí e identifican los parques infantiles para ello.	Igual que para menores
Sobre aspectos característicos de la vivienda	
Tres de las familias viven en propiedad y otra en arriendo.	Propiedad sobre vivienda
Una vivienda es ocupada por una persona (54 años de edad, hijo del adulto institucionalizado); otra por dos personas; una más por tres y una última por cinco.	Hay variedad de integrantes del núcleo familiar
Todas manifiestan que tienen buena higiene en éstas.	Buena higiene

La vivienda de tres familias queda ubicada en un segundo piso y la accesibilidad es por escaleras; la restante habita en un primer nivel.	Dificultad de accesibilidad a viviendas
El transporte público queda cerca de la vivienda, en la mayoría.	Buen transporte público para algunos
Sobre aspectos económicos	
<p>Ante el promedio aproximado de ingresos mensuales se tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> -uno de tres millones fruto de una pensión; con un promedio de gastos mensuales de dos millones; -otra de dos millones del trabajo; con un promedio de gastos mensuales de un millón quinientos mil. -una más de un millón doscientos mil por trabajo; y un promedio de gastos mensuales de novecientos mil pesos. -y una de quinientos mil sin especificar origen y con un promedio de gastos mensuales de cuatrocientos mil pesos. -hay quienes enfrentan dificultades. 	Algunos con ingresos más altos que sus gastos, otros tienen apuros
Hay familias que manifiestan no tener deudas familiares para cubrir las necesidades básicas de la familia con los ingresos estimados, y saben diferenciar prioridades en cuanto a los gastos, resaltando organización, prioridades, y ser “metódicos” en los gastos, pero otros con situación contraria.	Buen manejo de economía familiar
Conformación familiar	
Otros familiares cercanos del adulto mayor	
-una familia manifiesta no haber otros familiares	En su mayoría refiere a

<p>cercanos (<i>la de Laureles</i>)</p> <p>-otra refiere a dos primos de 76 y 77 años de edad.</p> <p>-relaciona otra a un sobrino de 49 años, y dos amigas (del adulto) de 39 y 61 años.</p> <p>-y la última anota a cinco (5) hijas de 52, 49, 54, 45 y 47 años, además a una hermana del adulto institucionalizado de 63 años...</p>	<p>otras con altos rangos de edad</p>
<p>Historia relación con el adulto mayor</p>	
<p>En cuanto al cónyuge dos manifiestan un estado de viudez; una de separación y la última no manifiesta.</p>	<p>Reconocen estado civil</p>
<p>Un entrevistado manifiestan que el adulto mayor si tuvo experiencias de desprotección por abandono de esposa e hijos. Las otras tres dicen que el adulto mayor no tuvo experiencias de desprotección manifestando: por cercanía de una nuera; por haber vivido siempre con hijos o en albergues; hay quienes han sufrido y enfrentado abandono.</p>	<p>Algunos no reconocen desprotección, otros sí</p>
<p>Estado en salud y bienestar físico (del adulto mayor)</p>	
<p>Tres manifiestan enfermedad física y enfermedades mentales, entre las referencias de enfermedades manifiestan:</p> <p>-“medio loquita”, dolor en la pierna y dificultad para caminar.</p> <p>-esclerosis múltiple del sistema nervioso central.</p> <p>-Fractura, tiene distrofia muscular y dificultad al caminar.</p> <p>-Hipertensión, operación de columna, posee “todas las facultades sensorio motores”</p>	<p>Se refieren más a dificultades físicas y estados mentales o cognitivos</p>

-alzhéimer y demencia	
Todas dicen que el adulto tiene medicación de por vida.	Medicación de por vida
Tres adultos con dificultad de movilidad y otras que no.	Dificultad de movilidad
Tres adultos no consumen cigarrillos, en tanto otros fuman un promedio de 20 cigarrillos al día.	Sólo uno con cigarrillos
<p>Sobre el tiempo de institucionalización y los motivos además de la regularidad de visitas, las respuestas fueron:</p> <p>-seis (6) meses; por no tener con quien dejar el adulto en la casa. La visitan cada seis meses una nieta (vive en Irlanda). (<i>la de Barbosa</i>)</p> <p>-un (1) año; por incapacidad física y abandono. La visita una hermana cada 8 días.</p> <p>-cinco (5) años (entradas y salidas varias en este período); por dificultad en la movilidad, falta de experiencia (de la familia) y los hijos trabajan. La visitan “casi diario” cualquier hijo o nieto.</p> <p>-un mes; por soledad (del adulto). No tiene visitas, sólo llaman telefónicamente sobrinos, hermana y amigas.</p>	<p>-Tiempo variado en el Hogar</p> <p>-Institucionalizan por incapacidad de cuidado</p> <p>-una no tiene visitas; otra cada 6 meses; otras dos con regularidad</p>
Ante la participación de otros familiares en la asistencia al adulto mayor dos (2) entrevistados manifestaron no haber; otra dice que un hermano colabora y la última dice que ella misma (la adulta mayor) responde por su sustento.	A dos familias no les colaboran con asistencia; a otra si; y otra es la misma adulta auto responsable de sostenimiento
Sobre la pregunta “en su opinión, cómo y en qué le ha aportado al adulto mayor estar en la institución”,	-Buena atención (2)

<p>las manifestaciones fueron:</p> <p>-“dicen que los atienden muy bien y Bertina⁶ es muy buena persona”.</p> <p>-“bienestar físico y espiritual”.</p> <p>-“tranquilidad, buena alimentación, compañerismo, buena atención”.</p> <p>-“tranquilidad, por los cuidados, ha despertado sentido de solidaridad, quiere mucho a los abuelos y le sale del corazón ayudarlos”.</p>	<p>-Bienestar</p> <p>-Crecimiento e involucramiento con el Hogar</p> <p>-en ninguna parte encuentra sentido para su vida</p>
<p>Con la pregunta “qué más se podría hacer para darle mejor calidad de vida al adulto mayor” se dijo:</p> <p>-“contar cn una gerontóloga y un psicólogo permanente”.</p> <p>-“un psicólogo permanente, un gerontólogo, enfermera permanente, hacer charlas para sacarlos de alguna depresión por encontrarse en este hogar y en abandono, sacarlos a pasear”...</p>	<p>Hay coincidencia en reclamar más profesionales para el Hogar y actividades recreativas</p>
<p>Como comentarios extras, un entrevistado manifestó:</p> <p>“dicen que las empleadas son muy groseras a la hora de llamarles la atención a ellos”.</p>	<p>Maltrato</p>

3.3 DISCUSION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este Hogar tiene adultos mayores que oscilan entre los 49 y 90 años la mayoría, hay un caso de 28 años, encontrando personas con doce (12) años de institucionalización y algo menos, otro grupo con sólo unos meses allí, otros

⁶

Se cambia la identidad de la directora

menos de tres meses; algunos en un rango intermedio de tiempo. Propio de la evolución del ciclo vital, se encuentran dificultades relacionadas al estado físico y de salud mental; lo cual implica unos niveles especializados de atención y acompañamiento profesional por parte de los cuidadores, lo cual dentro de la característica propia de un hogar “gerontogeriátrico” se debiera asistir.

Los motivos de institucionalización varían mucho, sin embargo llama la atención los casos relacionados como soledad o abandono y problemas de convivencia familiar; de lo cual se podría deducir un cierto grado de “intolerancia” o falta de preparación de las familias para la aceptación y adaptación en este estado de la adultez.

Lo anterior se podría ver reflejado en la regularidad de las visitas, donde al menos 4 adultos reciben acompañamiento familiar mensual y trimestralmente; y según manifiesta la Institución, al menos cuatro (4) no reciben visitas, es decir están en estado de abandono familiar. Estos datos se contradicen con la información suministrada directamente por los adultos, quienes refieren un mayor alto rango de visitas, es decir, mayor espaciado en las visitas en por lo menos un 40%. Según se manifiesta, sólo cinco (5) quedan con algún grado de alteración emocional al terminar las visitas.

Un aspecto muy importante a resaltar, es el que tiene que ver con actividades ocupacionales o motivacionales. Según la descripción dada por la institución, cada adulto realiza actividades particulares, sin encontrar labores dirigidas institucionalmente a manera de actividades grupales ocupacionales o motivacionales; encontrando a manera de ejemplo, algunos puntos comunes como ver televisión y fumar, actividades que habría que revisar a la luz de la conveniencia terapéutica y de la salud mental.

Sólo a 8 adultos refieren con personas por fuera del núcleo familiar (amigos); los lazos familiares de más cercanía varían, sin embargo siguen siendo los hijos y en menor proporción los hermanos, con quien más cercanía se mantiene. Llama la atención la “autoreferenciación” de la Directora como la persona más cercana a dos adultos. En este mismo sentido reconocen buenas relaciones de 19 adultos con sus compañeros de institucionalización.

Un dato relevante es aquel que tiene que ver con la responsabilidad en la asistencia o sostenimiento, algunos presentan auto sostenimiento, en algunos casos por parte de la familia y por medio de pensiones, algunos por caridad o sus familias logran pagar muy poco. Hay problemas frecuentes por el atraso o incumplimiento del pago.

Los resultados obtenidos muestran algunos aspectos generales de las condiciones en que se encuentran los adultos institucionalizados. En la observación directa se percibió el aislamiento social y en algunos casos familiar, en que se encuentran sumidos estos adultos mayores. Durante las visitas, tanto para el proceso de acercamiento como de programación de alguna actividad, fue notable la “ausencia” de las familias; de un lado llama la atención la inconsistencia en la información sobre la regularidad de las visitas, por el otro al consultar, las respuestas era que habían estado el día anterior o siguiente, o que habían estado en horario contrario; en conclusión quedó evidenciado el aislamiento de las familias de los procesos que se llevan en el Hogar.

Tanto en la entrevista como en la encuesta los adultos mayores dieron a conocer el alto grado de “depresión” ocasionado por la carencia de afecto de sus familias, generando enfermedades, comportamientos ocasionados con la baja autoestima, agresividad, trato hostil y malas relaciones interpersonales. Creando un ambiente tenso y desfavorable para el mejoramiento tanto de la calidad de vida como de su sentido de vida. Con la ayuda prestada se contrarrestó en parte dichas anomalías.

En un alto porcentaje se gestan en los adultos mayores que viven en este hogar como es la soledad, causando una profunda angustia existencial desencadenando enfermedades por lo que la somatización adquiere relevancia deteriora la salud física y mental.

También se pudo comprobar la ausencia de un trabajo coordinado por parte de administración de este hogar, ya que no hay actividades en la parte ocupacional o motivacional para la utilización del tiempo libre. El “ocio”, se sabe, es un factor adverso para estos adultos. Otro aspecto que llama la atención, es el desconocimiento de derechos y deberes; tanto del marco normativo que cobija estas situaciones, como la falta o no socialización de un “manual de convivencia”, necesario y vital para regular la convivencia.

Cada adulto mayor trae un pasado, una historia, un cúmulo de conocimiento, unas expectativas de vida y un hacer aún pendiente en esta vida. Las familias hacen parte vital de estas expectativas, aunque ellas reconocen la falta de preparación para asumir esta etapa, la salida no debe ser el institucionalizar, el depositar en terceros toda la carga y responsabilizar el cuidado en personas externas; la familia cumple su papel como grupo primario y socializador, responsable del cuidado y direccionamiento de una vejez saludable y responsable; su rol no termina con el proceso de “entregar” al adulto al Hogar, es allí donde aún más se requiere de su persistencia y constancia en el cuidado y acompañamiento para garantizar unas condiciones dignas y humanas para con estos seres tan especiales que han entregado toda una vida a los otros, y que es el momento de la mínima retribución por parte de estos.

El origen del trabajo comunitario es tan antiguo como el hombre mismo, el cual surge de la vida en común que facilita el desarrollo de la actividad conjunta para la satisfacción de las necesidades humanas. Actualmente la relación hombre-comunidad está en una fase reconstructiva de interacción y acercamiento hacia la

comunidad. Es esto lo que puedo testificar de manera personal como una experiencia positiva en el proceso de la Práctica Profesional Dirigida.

El trabajo con individuos, grupos y familias, fue una forma de acompañamiento psicológico y social, al que miro como una primera iniciación de intervención, lo cual es un buen entrenamiento para mi futura proyección como psicólogo. La práctica fue un proceso que se realizó para adquirir bienestar de la población, controlando problemas, para lograr mejores servicios, mejor compromiso y acompañamiento para con los adultos mayores por parte de sus familias, los cuidadores del Hogar, del gobierno y de la sociedad en general.

Veo con la Práctica, que los futuros profesionales nos vamos “volcando” hacia la comunidad, formamos parte de ámbitos y dimensiones socioculturales. Este trabajo de Práctica fue desde la perspectiva del reconocimiento y valoración de un vasto caudal de bienes sociales contenidos en la comunidad y en el quehacer psicológico, el cual permite reconstruir y fomentar dinámicas de organización y crecimiento mutuo: practicante y comunidad.

Esta experiencia personal de Práctica, me permite verla como una enseñanza y esfuerzo para enfrentar una serie de problemas sociales que surgieron en una realidad muy concreta: el “Hogar Gerontogeriátrico Remembranzas”, lo cual me motiva como futuro profesional a dotarme de los medios y de la preparación necesaria para aprovechar las oportunidades que surjan de los cambios que se están produciendo en la sociedad, para disponer de la capacidad de respuesta necesaria para afrontar estos retos que presentan las diversas poblaciones, en especial las de los adultos mayores.

3.4 CONCLUSIONES

“Una vida sin sentido es una vida sin valor” (Franklin, V (1991), pg. 139)

Quiero expresar mi agradecimiento a la UNAD, a la doctora Bibiana mi tutora de práctica, a la directora del Hogar, a quienes me hicieron aportes en algunas actividades, como es el caso de un de cuidador del Hogar, a un ex alumno de la UNAD y una dama profesional en Proyectos.

Es claro que en el proceso de institucionalización de los adultos mayores se da una alteración en su sentido de vida; la adaptación a este nuevo espacio requiere de estrategias profesionales y complejas que involucren a todos los actores sociales con esta población, que en nuestro medio, sigue siendo vulnerable. Las familias recurren a estos Centros bajo varias premisas: por incapacidad y falta de preparación para atender a estos adultos y sus diferentes dificultades propias de la edad; por intolerancia; en busca de oportunidades nuevas para la socialización del adulto; en busca de Centros Especializados para garantizar su cuidado.

En algunos casos, con el transcurrir del tiempo, las familias se alejan de estos Hogares o distancian la periodicidad de visitas, llevando con ello a que los adultos queden a su suerte con el sólo apoyo de los empleados del Centro. Las familias no participan de manera activa en la planificación y acompañamiento de sus adultos; la Institución no cuenta con programas en materia de lo ocupacional o de recreación o de actividades dirigidas; entre los mismos adultos se da la socialización acorde con sus propios criterios; el tiempo libre se convierte en un factor adverso. La percepción de los mismos adultos es que han sido abandonados a su suerte y es poco lo que les queda, excepto la resignación y esperar que el tiempo les pase.

El país cuenta con una normatividad actualizada y moderna en materia de protección de este segmento de población vulnerable, sin embargo llama la atención la falta de rigurosidad en su aplicación, seguimiento y ejecución. Normatividad que trae corresponsabilidades para garantizar la dignidad y una vejez saludable tanto a las familias, los mismos adultos mayores, el Estado y la Sociedad en general. La mayoría de estas teorías quedan sin la aplicación práctica.

La familia no puede evadir su responsabilidad con alguien que sigue haciendo parte fundamental de su núcleo, ser que aportó en su momento a la constitución de la misma, que fue el pilar de ella. La sociedad misma no puede marginar y excluir a quien aportó a su constitución y se convierte en referente y memoria cultural y social. Se hace necesaria la implementación de programas que vinculen efectivamente a las familias en el proceso de institucionalización, en la vigilancia, dignificación, participación, cuidado, responsabilidad, etc.

No se trata de cuestionar directamente la institucionalización o los Centros Especializados, no es acabar con ellos, por el contrario es fortalecerlos como espacios significativos para los adultos mayores, como posibilidad positiva de garantía; se trata de generar procesos de participación de las familias en el mismo, a manera casi “obligatoria” tal como se hace en las Instituciones Educativas con la Escuela de Padres o Asociación de Padres de Familia, como alternativa de corresponsabilidad y en garantía de los derechos de los adultos.

3.5 RECOMENDACIONES

-A LAS UNIVERSIDADES

Fomentar y estimular en los estudiantes una actitud responsable, reflexiva y crítica frente a esta población vulnerable para que desde las políticas estatales se aporte a crear tejido social, se aborde esta población y se desarrollen proyectos investigativos tendientes a generar una mejor calidad de vida para los adultos mayores. Establecer convenios con diferentes instituciones que permitan a los profesionales desarrollar su práctica investigativa con esta población.

-A LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL

Ser más rigurosos en hacer que las instituciones y la población en general cumplan con las normas establecidas para la protección y el bienestar de los adultos mayores.

-A LOS HOGARES

Que en el proceso de institucionalización de adultos mayores se comprometan a cumplir con las normas establecidas en la ley para el bienestar de éstos e implementar programas integrales que involucren de manera obligatoria a las familias de los adultos mayores institucionalizados en el proceso de institucionalización, lo cual es fundamental para la calidad de vida para dichos adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

Academia Nacional de Medicina en Colombia. (2000). *Pareja y Familia*. Siglo XXI.

Colombia. Congreso de la República. (27, noviembre, 2008). Ley 1251. *Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección y defensa de los derechos de los adultos mayores*. Diario Oficial. Bogotá D.C.: 2008. no. 47.186.

Centro Neurológico de tratamiento y Rehabilitación: (001) 4811-1875

Bauzá, C. (2000). *La adultez: cambios y contextos de desarrollo*.

Díaz, Á. (1995). *Aproximación a la reflexión sobre la soledad familiar en el mundo posmoderno*. En: Colombia. Enfoques, ISSN: 0121-2141 ed: v.10 fasc. p.32 – 40.

Domínguez, O. (1982). *La vejez, nueva edad social*. Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello, paginas 68-72.

Echeverri, M., Gonzalez,(1990). *Figuras y funciones de la familia*. Universidad de Antioquia. Facultad de Educación

Fernández-Ballesteros, R. 2012). *La psicología de la Vejez*. Madrid. Consultado en: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

GARCÍA-M, M. A. (2007). *Deporte y bienestar subjetivo: Los beneficios psicosociales derivados de las prácticas deportivas en personas mayores*. En VV.AA. (Eds.) II Congreso Internacional de Actividad Física y Personas Mayores (pp. 264-270). Sevilla: Instituto Andaluz del Deporte. 2007.

Franklin, V. (1991) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. Ed. Herder. 139 páginas.

García, M. (2007). *Deporte y bienestar subjetivo: Los beneficios psicosociales derivados de las prácticas deportivas en personas mayores*. En VV.AA. (Eds.) II Congreso Internacional de Actividad Física y Personas Mayores (pp. 264-270). Sevilla: Instituto Andaluz del Deporte.

Hombrados, M. (2006). *Apoyo social y calidad de vida en personas mayores*. La Universidad y nuestros mayores. Universidad de Málaga. Junta de Andalucía. Consejería para la igualdad y bienestar social. Delegación Provincial de Málaga, págs 329-341.

Instituto de Neurología Cognitiva (Ineco): (011) 4807-4748.
Centro Neurológico de Tratamiento y Rehabilitación: (011) 4811-1875.
<http://www.lanacion.com.ar/785631>

Instituto de Migraciones y servicios sociales. (2000). *Personas Mayores y residencias*. Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Tomo 1, primera ed. Madrid.

Prieto, O. (1999) *Gerontología y geriatría*. Breve resumen histórico. Consultado en: julio de 2012, disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm

Rodríguez D. (1987). *La Vejez, Historia y Actualidad*, Ediciones Universidad de Salamanca, España.

Sanhez, M. (2000). *Pareja y Familia siglo XXI*. Academia Nacional de Medicina en Colombia.

ANEXOS

ANEXO A

LEY 1315 DE 2009

(Julio 13)

Diario Oficial No. 47.409 de 13 de julio de 2009

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente ley busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.

ARTÍCULO 2o. DEFINICIONES. En la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Instituciones de Protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores.

Centros de Día para Adulto Mayor. Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas.

Instituciones de Atención. Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructura físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general, las dedicadas a la prestación de servicios

de toda índole que beneficien al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos.

ARTÍCULO 3o. *RESTRICCIONES EN EL INGRESO A LAS INSTITUCIONES.* No podrán ingresar a los centros de protección social y centros de día, aquellas personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente.

Se exceptúan, aquellas instituciones de atención que han sido habilitadas para la prestación de servicios de salud o cuando a criterio del médico tratante, se disponga de los recursos humanos, equipamiento clínico y terapéutico necesario y no represente riesgo para la persona ni para las demás personas que son atendidas en la institución.

ARTÍCULO 4o. *DE LA SOLICITUD PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DE DÍA.* El representante legal de las instituciones reguladas mediante esta ley, solicitará ante la Secretaría de Salud correspondiente sea esta Departamental, Distrital o Municipal la autorización para su funcionamiento e instalación, adjuntando además de los requisitos establecidos en la ley especial para adulto mayor los siguientes:

- a) Nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico del establecimiento;
- b) Individualización, (C. C., RUT, NIT), y domicilio del titular y representante legal, en su caso;
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos para ser utilizados por parte del establecimiento a través de su representante legal;
- d) Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios;
- e) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, y condiciones sanitarias y ambientales básicas que establecen la Ley [9ª](#) de 1979 y demás disposiciones relacionadas con la materia;
- f) Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado;

- g) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento;
- h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su respectivo sistema de turnos, información que deberá actualizarse al momento en que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría de Salud competente, la nómina del personal que labora ahí;
- i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de los contratos que celebrará el establecimiento con los residentes o sus representantes, en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente;
- j) Plan de evacuación ante emergencias;
- k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria.

ARTÍCULO 5o. *Las instituciones reguladas por la presente ley, deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley [361](#) de 1997 y las normas que lo desarrollen.*

Deberán poseer, además, las dependencias bien diferenciadas e iluminadas, que no tengan barreras arquitectónicas y las siguientes pautas de diseño:

a) **Humanización espacial:** Generación de espacios confortables, con tratamiento y uso del color y la iluminación, señalización y orientación del paciente entre los que se contará con:

1. En los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla.
2. Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos (2)

personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados.

3. Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.

4. Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados.

5. Las duchas deben permitir la entrada de silla de ruedas, deberán tener un inodoro y un lavamanos. Además habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados.

6. Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.

7. La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.

8. El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor.

b) **Flexibilidad Espacial:** Que permitan los cambios programáticos y de instalaciones que incluyan los avances tecnológicos, teniendo en cuenta la relación eficiencia y eficacia en los costos.

1. Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares.

2. Sala o salas de estar o de usos múltiples que en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música, juegos, revistas, libros, etc.

3. Comedor o comedores suficientes para el cincuenta por ciento (50%) de los residentes simultáneamente.

4. Dormitorios con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, considerando espacio para un

adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por habitación y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contar con un número de camillas clínicas o similares para el ciento por ciento (100%) de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica.

5. Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas.

6. Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo, lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

7. Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia.

c) **Sustentabilidad:** Implica el ahorro energético reduciendo los consumos de climatización e iluminación, uso racional del agua, ambientes saludables con la utilización de materiales no contaminantes, ventilación e iluminación natural, visual y espacios verdes, reducción de la generación de residuos.

1. En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley [9ª](#) de 1979 y demás normas concordantes.

2. Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura.

Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

ARTÍCULO 6o. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y según la normatividad técnica que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO. En ningún caso el Director de los centros de protección social, de día, instituciones de atención o cualquier otra persona, podrán obtener autorización para el cobro y disposición total o parcialmente de las mesadas pensionales de los residentes.

ARTÍCULO 7o. El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas. Las cuales serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del (centro de protección, día o atención).

ARTÍCULO 8o. Cualquiera que sea el número de residentes o su condición de dependencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo de una sola persona.

ARTÍCULO 9o. El personal auxiliar de enfermería y los cuidadores, desarrollan las funciones asignadas por el director técnico y además de las que determine el Ministerio de la Protección Social de conformidad con las patologías y condiciones de los residentes.

ARTÍCULO 10. Los centros de protección social y de día, así como las instituciones de atención además de los funcionarios anteriormente enunciados, deberán contar con el siguiente personal:

- a) Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes;
- b) Auxiliares de servicio, encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de acuerdo con el número y condición de los residentes;
- c) Personal encargado de la nutrición, terapeuta ocupacional o profesor de educación física, para el mantenimiento de las funciones biopsicosociales mediante acompañamiento psicológico y todo personal que pueda brindar talleres de artes manuales e intelectuales (club) que permitan mantener la productividad tanto física como mental de los residentes.

ARTÍCULO 11. El Ministerio de la Protección Social establecerá los lineamientos técnicos a seguir en los centros de protección social, de día y de atención, de acuerdo con el número de residentes y condiciones de los mismos.

ARTÍCULO 12. *Los Directores Técnicos*, además de las funciones asignadas de conformidad con el artículo 6o de la presente ley, velarán porque los residentes dispongan de medios para el control periódico de su salud, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 13. El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

ARTÍCULO 14. El seguimiento de vigilancia y control a los centros de protección social, de día e instituciones de atención para adultos mayores y/o de personas en situación de discapacidad corresponde a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Municipal.

Por lo menos una vez cada año se efectuará una visita de seguimiento y control a estos sitios; no obstante la respectiva entidad de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, entregará informes de gestión.

ARTÍCULO 15. La contravención a la presente disposición será sancionada por la misma autoridad que expida la autorización.

La sanción será graduada de acuerdo con la gravedad de la infracción, teniendo como criterio el riesgo ocasionado a la vida de los residentes y la reincidencia.

Las sanciones consistirán en:

- Amonestación verbal.
- Suspensión de la autorización.
- Cierre definitivo.

El trámite del proceso sancionatorio será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

ARTÍCULO 16. La autorización de la que habla esta ley no incluye ni exime la obligatoriedad de las autorizaciones a las que hagan referencia otros ordenamientos jurídicos.

ARTÍCULO 17. Los centros de protección social, de día y de atención, a los que se refiere esta ley, que pretendan acceder a los distintos programas orientados por el Gobierno Nacional, Departamental, Municipal, deberán cumplir a cabalidad con lo dispuesto en esta normatividad.

ARTÍCULO 18. *RÉGIMEN DE TRANSICIÓN.* Aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento antes de la expedición de la presente ley, deberán ajustarse a sus disposiciones en el plazo de un (1) año contado a partir de la publicación de la presente ley en el *Diario Oficial*.

ARTÍCULO 19. *VIGENCIA.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,

HERNÁN ANDRADE SERRANO.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

GERMÁN VARÓN COTRINO.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 13 de julio de 2009.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de la Protección Social,

DIEGO PALACIO BETANCOURT.

ANEXO B

HISTORIAS DE VIDA

ADULTO MAYOR HOMBRE 1⁷.

EDAD: 57 Años

FECHA DE NACIMIENTO: 17/05/1952

LUGAR DE NACIMIENTO: Guarne - Antioquia

NIVEL EDUCATIVO: Tecnológico

PROFESIÓN: Promotor de Saneamiento Ambiental egresado de la ESAP

EMPRESA DONDE LABORÒ: Servicio Seccional de Salud de Antioquia

LUGAR DONDE LABORÒ: Tuvo la oportunidad de trabajar en varios municipios del norte antioqueño, entre ellos: Yarumal, Angostura, Campamento.

ESTADO CIVIL: Casado

CUANTO HACE QUE ESTÀ CASADO: 28 años

DATO IMPORTANTE PARA RESALTAR: “Estudió becado durante todo el bachillerato por ser ¡muy buen estudiante!”⁸.

HOBBIES: Tiene mucho gusto por la lectura, sobre todo libros de acción, cultura general, etc., el hecho de no tener un libro le ocasiona mal humor, como en el hogar tiene demasiado el tiempo, lee demasiado.

Durante los primeros años vivió en el Municipio de Guarne, al terminar la primaria empezó a estudiar en la ESAP (Escuela Superior de Administración Pública), viajaba todos los días, al terminar su ciclo tecnológico, el Servicio Seccional de Salud lo contrató como promotor de Higiene y Saneamiento Ambiental, cargo que desempeñó durante varios años durante los cuales estuvo asignado a varios Municipios del Norte de Antioquia, como ya tenía trabajo decidió casarse y de esa unión tienen dos hijas. Pasados varios años el Servicio Seccional tuvo una

⁷

Se omite la identificación del adulto.

⁸

Expresión textual del adulto

modificación y le cancelaron el contrato de trabajo, con el dinero que le dieron de liquidación, montó una cantina con la cual se estaba sosteniendo, estando en esta labor se formó una pelea allí y lo atacaron a él, le robaron un dinero que tenía ahí y le dañaron todos los enseres del negocio, perdiéndose de esta manera el capital que había invertido, además en el ataque le ocasionaron lesiones que lo limitaron para seguir trabajando con secuelas físicas que le impedían laborar. Además de esta situación le diagnosticaron una "EPILEPSIA", enfermedad esta que le impedía aún más desempeñarse laboralmente por lo cual pasó a depender de su esposa que trabaja, y por todos estos antecedentes y sobre todo por la epilepsia empezó a tornarse agresivo en su casa y agredía a su esposa que era quien lo asistía y fue quien decidió institucionalizarlo.

El primer lugar donde estuvo institucionalizado fue el HOGAR CASA DE DON SERGIO FERNANDEZ en Buenos Aires La Virgen donde permaneció por espacio de 2 años y salió hace 6 meses por problemas con el Director.

En el Hogar Remembranzas o actual lleva 6 meses, se siente tranquilo, la esposa y las hijas lo visitan cada 8 días, le traen dinero, ropa y libros. Dice que le gustaría volver a su casa pero les insinúa y le evaden el tema cree que ellos no quieren volverlo a tener en la casa por eso es consciente que se tiene que resignar con su situación actual.

ANEXO C

ENCUESTA PARA CARACTERIZACIÓN USUARIOS DEL HOGAR GERONTOGERIÁTRICO REMEMBRANZAS

(Instrumento cuali-cuantitativo)

DATOS DEL ADULTO MAYOR								
01	Nombre					02	Edad	
03	Asistencia		04	Pensión		05	Tiempo institución	
06	Movilidad		07	Salud		08	Familia	

09	Estado Físico	

10	Estado Mental	

11	Motivo
	institucionalización

12	Aceptación
	institucionalización

13	Regularidad visitas

14	Estado después de visita (emocional)	

15	Actividades ocupacionales motivacionales	

16	Otras relaciones por fuera de la familia	

17	Familiar con más afectividad	

18	Compañeros con más vínculos psicoafectivos	

19	Ciclos vitales. (proyección en el desarrollo y evolución de historia de vida)	Edad	Actividad	Valoración	Añoranza		

ANEXO D

**13.6. FORMATO PARA VISITAS A FAMILIAS DE ADULTOS MAYORES
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA FAMILIAS**

CARACTERIZACIÓN GENERAL							
01	Cabeza de familia					02	Edad
03	Casa		04	Apartamento		05	Otro
06	Estrato		07	Tiempo de estadía		08	Barrio

DATOS DEL BARRIO (residencia familia)

Municipio _____ Comuna _____

Rural _____ Urbano _____ Semi urbano _____

Lugar donde realizan las actividades comunales (parques, salones, vía pública, etc.) _____

El barrio es limpio si _____ no _____

El barrio cuenta con los servicios básicos si _____ no _____ (En caso de no explique)

Hay actividades comunitarias por iniciativa propia _____ si _____ no _____

Al barrio asisten particulares con actividades y servicios comunitarios si _____ no _____ quienes _____

El barrio tiene áreas para los adultos si _____ no _____ Cuales _____

El barrio tiene áreas para los menores si _____ no _____ cuales _____

DATOS DE LA VIVIENDA

Dirección (opcional) _____

Descripción básica de la vivienda arrendada _____ propia _____ calidad de préstamo _____

Cuántas personas la habitan _____

Higiene de la vivienda: buena _____ mala _____ regular _____

Tiene luz____agua____teléfono____saneamiento____

Área (N. pisos) ____ Accesibilidad _____

El transporte queda cerca de la vivienda si____no____

CARACTERIZACIÓN ECÓNOMICA

Ingresos mensuales (aprox. total) _____

Procedencia _____ de _____ los _____ ingresos

pensión____rentas____trabajo____otros_____

Forma de recolección de los ingresos: semanal____quincenal____mensual____

Tiene deudas familiares si____no____

Aproximadamente a cuánto suman sus gastos mensuales_____

Los ingresos permiten cubrir las necesidades básicas de la familia_si____no____

Saben diferenciar las prioridades en cuanto a los gastos si____no____

explique_____

CONFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación

INFORMACIÓN DE OTROS FAMILIARES CERCANOS (del adulto mayor)

Nombre	Parentesco	Edad	Comentarios

ESTADO EN SALUD Y BIENESTAR FÍSICO (del Adulto Mayor)

Tiene alguna enfermedad: física___mental___

Cuál_____

Tipo de enfermedad: crónica___aguda___ moderada___

Toma algún medicamento: ocasional___de por vida___

Tiene dificultades para la movilidad: si___no___
explique_____

Consumo alcohol: si___no___N. veces a la semana___

Consumo cigarrillo: si___no___cuántos al día___

Tiempo institucionalización_____

Motivo_____

Opinión (aceptación)_____

Periodicidad de visitas_____

Quién_____

Comunicación otros familiares para asistencia_____

En su opinión, cómo y en qué le ha aportado al adulto mayor estar en la
Institución_____

Qué más se podría hacer para darle mejor calidad de vida al adulto mayor

Comentarios varios (sugerencias, observaciones, etc.)

ANEXO E

RESULTADOS DE ENTREVISTAS A ALGUNAS FAMILIAS DE ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS

Las entrevistas se realizaron durante la visita domiciliar acorde con el instrumento diseñado para ello.

Sistematización de las entrevistas a familias	
Resultado	Análisis
Las relaciones parentales de entrevistas son: <ul style="list-style-type: none">- Nieta.- Hermana.- Hermana.- Hija.	Esta relación se refiere a la persona responsable de la asistencia.
Datos sobre los barrios donde habita la familia responsable del adulto mayor	
Dos familias viven en apartamento, una en el municipio de Itagüí en un sector de estrato socioeconómico tres (3), y la otra en el barrio Laureles de Medellín en un estrato cuatro (4); otra más vive en una casa en Itagüí en estrato tres (3); y otra en una finca en el municipio de Barbosa igualmente perteneciente al estrato tres (3).	La muestra deja un promedio de estrato 3 de las familias.
Tres de las familias manifiestan que las actividades comunales son realizadas en parques, en tanto otra manifiesta que en salones.	Reconocen lugares para actividades comunales
Todas las familias coinciden en que el barrio en donde habitan es limpio, y que cuentan con los servicios básicos.	Hay condiciones higiénicas
Tres familias dicen que realizan actividades comunitarias por iniciativa propia; la familia residente	Mayoría son familias activas

en Laureles manifiesta que no.	
La familia residente en Laureles y una de Itagüí dicen que a sus barrios no asisten particulares con actividades o servicios comunitarios, en tanto las otras dos (2) dicen que si, la de Itagüí referencia actividades deportivas y la de Barbosa a los turistas.	Por mitades se reconocen asistencias externas al barrio con servicios o actividades
Sobre la identificación de áreas en el barrio para adultos todas las familias manifiestan que sí hay y reconocen como a tales a fincas, parroquias y asilo.	Todos dicen que hay espacios propicios para adultos mayores
Y para lugares para menores igualmente manifiestan todas que sí e identifican los parques infantiles para ello.	Igual que para menores
Sobre aspectos característicos de la vivienda	
Tres de las familias viven en propiedad y otra en arriendo.	Propiedad sobre vivienda
Una vivienda es ocupada por una persona (54 años de edad, hijo del adulto institucionalizado); otra por dos personas; una más por tres y una última por cinco.	Hay variedad de integrantes del núcleo familiar
Todas manifiestan que tienen buena higiene en éstas.	Buena higiene
La vivienda de tres familias queda ubicada en un segundo piso y la accesibilidad es por escaleras; la restante habita en un primer nivel.	Dificultad de accesibilidad a viviendas
El transporte público queda cerca de la vivienda, en la mayoría.	Buen transporte público para algunos
Sobre aspectos económicos	
Ante el promedio aproximado de ingresos mensuales se tiene:	Algunos con ingresos más altos que sus gastos, otros

<p>-uno de tres millones fruto de una pensión; con un promedio de gastos mensuales de dos millones;</p> <p>-otra de dos millones del trabajo; con un promedio de gastos mensuales de un millón quinientos mil.</p> <p>-una más de un millón doscientos mil por trabajo; y un promedio de gastos mensuales de novecientos mil pesos.</p> <p>-y una de quinientos mil sin especificar origen y con un promedio de gastos mensuales de cuatrocientos mil pesos.</p> <p>-hay quienes enfrentan dificultades.</p>	<p>tienen apuros</p>
<p>Hay familias que manifiestan no tener deudas familiares para cubrir las necesidades básicas de la familia con los ingresos estimados, y saben diferenciar prioridades en cuanto a los gastos, resaltando organización, prioridades, y ser “metódicos” en los gastos, pero otros con situación contraria.</p>	<p>Buen manejo de economía familiar</p>
<p>Conformación familiar</p>	
<p>Otros familiares cercanos del adulto mayor</p>	
<p>-una familia manifiesta no haber otros familiares cercanos (<i>la de Laureles</i>)</p> <p>-otra refiere a dos primos de 76 y 77 años de edad.</p> <p>-relaciona otra a un sobrino de 49 años, y dos amigas (del adulto) de 39 y 61 años.</p> <p>-y la última anota a cinco (5) hijas de 52, 49, 54, 45 y 47 años, además a una hermana del adulto institucionalizado de 63 años...</p>	<p>En su mayoría refiere a otras con altos rangos de edad</p>

Historia relación con el adulto mayor	
En cuanto al cónyuge dos manifiestan un estado de viudez; una de separación y la última no manifiesta.	Reconocen estado civil
Un entrevistado manifiestan que el adulto mayor si tuvo experiencias de desprotección por abandono de esposa e hijos. Las otras tres dicen que el adulto mayor no tuvo experiencias de desprotección manifestando: por cercanía de una nuera; por haber vivido siempre con hijos o en albergues; hay quienes han sufrido y enfrentado abandono.	Algunos no reconocen desprotección, otros sí
Estado en salud y bienestar físico (del adulto mayor)	
Tres manifiestan enfermedad física y enfermedades mentales, entre las referencias de enfermedades manifiestan: -“medio loquita”, dolor en la pierna y dificultad para caminar. -esclerosis múltiple del sistema nervioso central. -Fractura, tiene distrofia muscular y dificultad al caminar. -Hipertensión, operación de columna, posee “todas las facultades sensorio motores” -alzhéimer y demencia	Se refieren más a dificultades físicas y estados mentales o cognitivos
Todas dicen que el adulto tiene medicación de por vida.	Medicación de por vida
Tres adultos con dificultad de movilidad y otras que no.	Dificultad de movilidad
Tres adultos no consumen cigarrillos, en tanto otros fuman un promedio de 20 cigarrillos al día.	Sólo uno con cigarrillos

<p>Sobre el tiempo de institucionalización y los motivos además de la regularidad de visitas, las respuestas fueron:</p> <p>-seis (6) meses; por no tener con quien dejar el adulto en la casa. La visitan cada seis meses una nieta (vive en Irlanda). (<i>la de Barbosa</i>)</p> <p>-un (1) año; por incapacidad física y abandono. La visita una hermana cada 8 días.</p> <p>-cinco (5) años (entradas y salidas varias en este período); por dificultad en la movilidad, falta de experiencia (de la familia) y los hijos trabajan. La visitan “casi diario” cualquier hijo o nieto.</p> <p>-un mes; por soledad (del adulto). No tiene visitas, sólo llaman telefónicamente sobrinos, hermana y amigas.</p>	<p>-Tiempo variado en el Hogar</p> <p>-Institucionalizan por incapacidad de cuidado</p> <p>-una no tiene visitas; otra cada 6 meses; otras dos con regularidad</p>
<p>Ante la participación de otros familiares en la asistencia al adulto mayor dos (2) entrevistados manifestaron no haber; otra dice que un hermano colabora y la última dice que ella misma (la adulta mayor) responde por su sustento.</p>	<p>A dos familias no les colaboran con asistencia; a otra si; y otra es la misma adulta auto responsable de sostenimiento</p>
<p>Sobre la pregunta “en su opinión, cómo y en qué le ha aportado al adulto mayor estar en la institución”, las manifestaciones fueron:</p> <p>-“dicen que los atienden muy bien y Bertina⁹ es muy buena persona”.</p> <p>-“bienestar físico y espiritual”.</p> <p>-“tranquilidad, buena alimentación, compañerismo, buena atención”.</p>	<p>-Buena atención (2)</p> <p>-Bienestar</p> <p>-Crecimiento e involucramiento con el Hogar</p> <p>-en ninguna parte</p>

⁹

Se cambia la identidad de la directora

<p>-“tranquilidad, por los cuidados, ha despertado sentido de solidaridad, quiere mucho a los abuelos y le sale del corazón ayudarlos”.</p>	<p>encuentra sentido para su vida</p>
<p>Con la pregunta “qué más se podría hacer para darle mejor calidad de vida al adulto mayor” se dijo: -“contar con una gerontóloga y un psicólogo permanente”. -“un psicólogo permanente, un gerontólogo, enfermera permanente, hacer charlas para sacarlos de alguna depresión por encontrarse en este hogar y en abandono, sacarlos a pasear”...</p>	<p>Hay coincidencia en reclamar más profesionales para el Hogar y actividades recreativas</p>
<p>Como comentarios extras, un entrevistado manifestó: “dicen que las empleadas son muy groseras a la hora de llamarles la atención a ellos”.</p>	<p>Maltrato</p>

ANEXO F

EVENTOS REALIZADOS

VISITA FAMILIAR



TERAPIA GRUPAL



VOLUNTARIADO



TERAPIA INDIVIDUAL



MANUALIDADES



CÍRCULO DE LECTORES



CORO MUSICAL



FORMACIÓN ESPIRITUAL



TALLER GRUPAL



CAMINATA



GIMNACIA



ACTIVIDAD LÚDICA



CELEBRACIÓN DE LA MADRE Y DEL PADRE





ANEXO G

PROYECTO DEL ADULTO MAYOR

(ME COLABORAN DOS AMIGOS PSICÓLOGOS)

FICHA DE PERFIL DE PROYECTO:

PRESENTACIÓN Y RESUMEN DEL PROYECTO		
Nombre del Proyecto: CONSTRUCCION DEL CENTRO GERONTOGERIATRICO HOGARES REMEMBRANZAS, PARA LA ATENCION, ALBERGUE, HOSPEDAJE Y BIENESTAR DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE LA CIUDAD DE MEDELLIN, AÑO 2012.		
Entidad Ejecutora: FUNDACION ECOS DEL AYER		
Nombre del Responsable: Margarita Moreno, Presbítero Guillermo Posada Valencia y Psicólogo José Julio Gómez Ciro.		
Cargo: EJECUTORA	Dependencia: NO APLICA	
Correo electrónico: margaritauribe@une.net.co , guille860@yahoo.com.ar ; jojugoci@hotmail.com		
Dirección: Calle 54 No. 36-12 BOSTÓN	Teléfono: 2173089	Fax: 2173089


Ciudad: MEDELLÍN		
Duración del Proyecto (en meses): 36 MESES		
<p>Descripción breve y precisa del Proyecto: Atención al adulto mayor de las comunidades vecinas al centro de la ciudad de Medellín y que estén en calidad de desamparo. Cuidado a nivel de hospedaje en un centro que se construya para tal fin: cuidado en la salud física, atención psicológica y espiritual, alimentación. Todo en un mismo lugar, en una casa-hogar que pueda prestarse para el desarrollo del proyecto. El inmueble contará con enfermería, lavandería, cuartos útiles, cocina integral, despensas, habitaciones para 150 usuarios, sala de recreación, sala de terapia, manualidades y recreación, capilla, sala de talleres y conferencias, área deportiva</p>		
Presupuesto del Proyecto: Dos mil setecientos setenta millones de pesos.		
Aporte externo: 50% del total Aporte de la comunidad local: 10%		
Aporte nacional: 40%		
Costo total: Dos mil setecientos setenta millones de pesos.		
Distribución Geográfica: Área metropolitana de Medellín		
País: COLOMBIA Departamento(s): ANTIOQUIA Municipio(s): MEDELLÍN		

ANEXO H

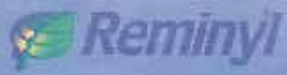
Examen Cognoscitivo Breve (Test Mini-Mental de Folstein)

Paciente: _____ Edad: _____
 Examinador: _____ Fecha: _____

Dar un punto por cada respuesta correcta

	Calificación	Punteo
1.- ¿Cuál es...?		
...el año.	_____	1
...la estación.	_____	1
...la fecha.	_____	1
...el día.	_____	1
...el mes.	_____	1
2.- ¿En dónde estamos?		
País.	_____	1
Estado.	_____	1
Ciudad.	_____	1
En qué edificio.	_____	1
Número de piso.	_____	1
3.- Nombre tres objetos en un segundo cada uno. Después pida al paciente que repita los tres nombres. Dé un punto por cada respuesta correcta. Repita los nombres hasta que el paciente los aprenda.	_____	3
4.- Cuente de siete en siete: Pida al paciente que cuente de manera regresiva a partir de 100, de siete en siete, es decir, 93,86,79, etc. Deje de contar después de cinco intentos; dé un punto por cada respuesta correcta. Como alternativa, puede pedir al paciente que delatee MUNDO al revés.	_____	5
5.- Pregunte los nombres de los tres objetos mencionados en el inciso 3. Dé un punto por cada respuesta correcta.	_____	3
6.- Enseñe al paciente un lápiz y un reloj, y pida que nombre cada uno conforme los muestra.	_____	2
7.- Pida al paciente que repita "No, sí, ser o ver."	_____	1
8.- Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en tres etapas: "Tome esta hoja de papel en su mano derecha. Dóblela a la mitad. Ponga la hoja en el piso".	_____	3
9.- Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita: "CIERRE SUS OJOS"	_____	1
10.- Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener un sujeto, un verbo y un complemento, y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía.	_____	1
11.- Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dé un punto si se parecen todos los lados y ángulos, y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero.		1
Total	_____	30

Por lo general una calificación de 20-24 indica deterioro leve; 16-19, deterioro moderado; 15 o menos, deterioro serio. La evaluación periódica del paciente a través de este método también demostrará la progresión de la enfermedad.



ANEXO I

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (PROPUESTA DE INTERVENCIÓN)

	1º Mes				2º Mes				3º Mes				4º Mes	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Objetivo 1														
Diseño de un formato exclusivo de caracterización	■													
Elaboración de genogramas y ecomapas familiares	■	■	■	■										
Realización de visitas domiciliarias	■	■	■	■										
Objetivo 2														
Inducción en institucionalización	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Socialización conversatorio, proceso institucionalización	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Objetivo 3														
Taller de planeación							■							
Elaboración listado de fechas especiales									■					
Objetivo 4														
Tarde de Cine Foro		■		■		■		■		■		■		■
Taller "Sentido de Vida 1"											■			
Taller "Sentido de Vida 2"														■
Charla mensual (Tema abierto)					■				■				■	
Taller "uso y desuso del tiempo libre"														
Taller "lo ocupacional como terapia"														
Objetivo 5														
Selección de representantes de cada familia					■									
Capacitación						■								
Montaje cartelera										■				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2

ANEXO K

REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL

No	NOMBRES DE USUARIOS	PRESIÓN ARTERIAL							PROMEDIO	CLASIFICACIÓN RANGO
		DÍA								
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
RESPONSABLE:		CARGO								