



**PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE INICIATIVAS EN SALUD
INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN EL BARRIO 20 DE ENERO
DEL MUNICIPIO DE VALENCIA CÓRDOBA**

INTEGRANTE

VIVIANA VÁSQUEZ ROMANA

TUTOR: RAFAEL MAZA

**CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
“CUN”
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
MONTERIA, 2018**



**PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE INICIATIVAS EN SALUD
INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN EL BARRIO 20 DE ENERO
DEL MUNICIPIO DE VALENCIA CÓRDOBA**

VIVIANA VÁSQUEZ

**Trabajo de grado para optar al título de administración de la seguridad social en
salud**

Asesor:

RAFAEL MAZA

MBA EN ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

**CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
“CUN”
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
MONTERIA, 2018**

NOTA DE ACEPTACION

Aprobado por el comité de grado, en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Corporación Unificada Nacional de educación superior CUN, para obtener el título de administradores de empresa.

Tutor del proyecto

Jurado 1

Nota:

Jurado 2

Nota:

Jurado 3

Nota:

Firma del presidente del jurado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a las personas más importantes de mi vida, que son fuente de motivación y dedicación. A mis padres por creer en mí y con sus sacrificios, amor y paciencia día a día me sacaron adelante, ellos me enseñaron a superarme, apoyándome gracias a ustedes hoy puedo alcanzar esta meta, ya que siempre estuvieron ahí impulsándome en momentos difíciles de mi carrera, y por el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la vida, la sabiduría, la fuerza y paciencia en esta Larga trayectoria, de mi carrera brindándome su compañía diariamente y ayudándome constantemente para alcanzar las metas propuestas. Gracias a mi Familias y amigos que siempre estuvieron dispuestos a apoyarme incondicionalmente para poder realizarme como profesional. Deseo agradecer a mis Tutores. Rafael Maza y Saury miranda por su asesoramiento en la conducción de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	15
CAPÍTULO I.....	17
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
2. JUSTIFICACIÓN	20
1.4 OBJETIVOS	21
1.4.1 Objetivo General	21
1.4.2 Objetivo Especifico.....	21
CAPÍTULO II	22
2 MARCO REFERENCIAL.....	22
2.1 Marco Teórico.....	22
2.1.1 Teoría del medio social o socio – ambiental.....	22
2.2 Marco Conceptual	26
2.2.1 Salud Integral	26
2.2.2 Adulto Mayor	27
2.2.3 Problemas Psicológicos	27
2.2.4 Trabajo Social.....	28
2.2.5 Gerontes.....	28

2.2.6	Envejecimiento	29
2.2.7	Espacios Saludables.....	29
2.2.8	Políticas sociales.....	29
2.3	Marco Temporal.....	30
2.4	Marco Espacial.....	30
CAPÍTULO III.....		32
3.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
3.1	Tipo de Estudio.	32
3.1.2	Método de Estudio.	33
3.1.3	Método de recolección de Información.....	34
3.1.4	Fuentes de Información.....	34
3.1.5	Población, Universo y Muestra	35
4.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	36
4.1	Formulario De Observación	36
4.2	Análisis De Fuentes Secundarias.	36
4.3	Análisis De Fuentes Primarias.	37
4.3.2.	Análisis de encuestas.....	40
4.4	Análisis General	56
5.	Propuesta De Mejoramiento O Plan De Acción	58
CAPÍTULO VI.....		119

6. CONCLUSIONES	119
6.2 RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS	76
ANEXOS.....	79
Anexo 1: Cuestionario utilizado en la investigación cuantitativa	79
Anexo 2: imágenes de soporte	83

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1 Fuentes Primarias	38
CUADRO 2 Propuesta	60
CUADRO 3 Cronograma de actividades	61
CUADRO 4 Cronograma de actividades	62
CUADRO 5 Presupuesto.....	63

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Tipo de vivienda.....	40
Tabla 2 # Personas que viven en el hogar.....	41
Tabla 3 Población víctima del conflicto armado.....	42
Tabla 4 Mujeres mayores de 57 ¿trabaja?.....	43
Tabla 5 Alguna discapacidad	44
Tabla 6 Incluido en el programa de Colombia mayor.....	45
Tabla 7 Hombres mayores de 63 años ¿trabaja?.....	46
Tabla 8 Adultos mayores con carnet de salud.....	47
Tabla 9 persona a cargo del adulto mayor	48
Tabla 10 servicios fúnebres.....	49
Tabla 11 ¿Padece de alguna enfermedad?	50
Tabla 12 Medicamentos recetados	51
Tabla 13 frecuencia con la que va al médico el adulto mayor	52
Tabla 14 Ayuda técnica.....	53
Tabla 15 Actividades de esparcimiento (físicas, psicológicas, recreativas)	54
Tabla 16 Aceptación de la implementación de un proyecto en la comunidad que trate de la atención integral al adulto mayor	55

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1.....	40
Grafica 2.....	41
Grafica 3.....	42
Grafica 4.....	43
Grafica 5.....	44
Grafica 6.....	45
Grafica 7.....	46
Grafica 8.....	47
Grafica 9.....	48
Grafica 10.....	49
Grafica 11.....	50
Grafica 12.....	51
Grafica 13.....	52
Grafica 14.....	53
Grafica 15.....	54
Grafica 16.....	55

LISTA DE IMAGEN

IMAGEN 1 Geografía barrio 20 de enero.....	30
IMAGEN 2 Geografía municipio de valencia	31

RESUMEN

El presente documento contiene la propuesta a desarrollar en el barrio 20 De enero Del Municipio De Valencia Córdoba con los Adultos Mayores y sus familias, la población trabajadora y el personal que convive solo.

El marco teórico conceptual abordado incluye el enfoque de Derechos, la teoría de redes y la teoría del medio Socio- cultural.

La metodología de planeación utilizada, es el Marco Lógico cuya matriz comprende 5 componentes:

1. La familia se integra a la propuesta y asume su responsabilidad.
2. Padrinazgo a Adultos Mayores que no tienen familia.
3. Empleados capacitados sobre protocolos a implementar.
4. Gestión de Recursos con empresas e instituciones.
5. Organización administrativa.

Cuando el estado no establece una política de funcionamiento desde el principio en términos de la responsabilidad de los familiares, estos descuidan sus obligaciones económicas y afectivas, y se generan conflictos entre la familia.

Finalmente se presenta la propuesta llamada “Espacios Saludables Para El Adulto Mayor En Situación De Vulnerabilidad” que nace como resultado de todo el proceso desarrollado y los aprendizajes y experiencias vividas en la práctica profesional. Dicha propuesta surge para dar la continuidad al trabajo iniciado durante la práctica y está orientada a abordar situaciones que afectan el bienestar del Adulto Mayor del barrio 20 de enero Del Municipio De Valencia Córdoba.

Palabras Claves: Adultos Mayores, trabajo con familias, sensibilización, propuesta, bienestar, calidad de vida, vida del adulto mayor.

ABSTRACT

This document contains the proposal to be developed in the neighborhood January 20 of the Municipality of Valencia Córdoba with the Elderly and their families, the working population and the staff that lives alone.

The conceptual theoretical framework addressed includes the rights approach, the theory of networks and the socio-cultural environment theory.

The planning methodology used is the Logical Framework whose matrix comprises 5 components:

1. The family joins the proposal and assumes its responsibility.
2. Sponsorship to Older Adults who do not have a family.
3. Employees trained on protocols to be implemented.
4. Resource Management with companies and institutions.
5. Administrative organization.

When the state does not establish an operating policy from the beginning in terms of the responsibility of the family members, they neglect their economic and affective obligations, and conflicts between the family are generated.

Finally, the proposal called "Healthy Spaces for the Elderly in a Vulnerability Situation" is presented, which is born as a result of the whole developed process and the learning and experiences lived in the professional practice. This proposal arises to give continuity to the work begun during the practice and is aimed at addressing situations that affect the well-being of the Elderly in the neighborhood January 20, Municipality of Valencia, Córdoba.

Key Words: Older Adults, work with families, awareness, proposal, welfare, quality of life, life of the elderly.

INTRODUCCION

En los últimos años en Valencia se existe falta de atención integral en salud a la población vulnerable donde se resalta la violación de los derechos fundamentales como la nutrición, la educación, atención en salud entre otros, por lo que las poblaciones del adulto mayor no son ajenas a este flagelo, lo que motiva el presente proyecto dado que es una población con mayores cuidados y por ende es más propensa a sufrir problemas tanto de salud como psicológicos.

Por lo tanto, desde el ámbito interdisciplinario existe una amplia gama de aspectos para abordar, donde un grupo profesional puede brindar sus aportes desde su especialidad. Uno de las contribuciones para lograr una salud integral en esta población consiste en diseñar estrategias necesarias que permitan al adulto mayor vincularse con su familia o red de vida.

En efecto, aborda la evaluación de la intervención donde se hace un análisis de lo realizado durante la práctica relacionada con la salud integral. Seguidamente se sugiere una propuesta de intervención denominada “Espacios saludables para el Adulto Mayor en situación de vulnerabilidad”. Esta es una estrategia de apoyo para mejorar las condiciones de vida de la población de adultos mayores (Gerontes) del barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba.

De igual forma, se encuentran plasmados las teorías y el enfoque que sustentan el presente proyecto; también se aborda la diferencia entre vejez y envejecimiento y algunas de las denominaciones que se le han dado a través del tiempo, comprende la normatividad que aborda el tema del Adulto Mayor desde el ámbito nacional, haciendo referencia a la caracterización, los valores, servicios y actividades.

Por consiguiente, también está enfocado a la caracterización de la experiencia e involucra el diagnóstico del problema, la propuesta de intervención en salud, la descripción del proceso, el análisis y la ejecución.

Por otro lado, los temas abordados corresponden a sensibilización familiar, capacitación del grupo de trabajo, abordaje a las relaciones interpersonales entre los Adultos Mayores, trabajo administrativo y diseño de proyectos enfocados a mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Municipio de Valencia se encuentra ubicado al noroccidente de la República de Colombia y en la parte sur occidental del Departamento de Córdoba, entre el Valle del Sinú y la Serranía de Abibe, está ubicado a los 76° 09' Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich y a los 8° 16' de Latitud Norte. Tiene una extensión de 916,4 Km² que representa el 3.6% de la extensión del Departamento, limita al norte con el Municipio de Montería, al sur con el Municipio de Tierralta, al este con los Municipios de Montería y Tierralta y al Oeste con el Municipio de San Pedro de Urabá Departamento de Antioquia.

Así, el municipio de Valencia Córdoba está viviendo un notable proceso de envejecimiento de su población, entendiéndose éste como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total. Dicho proceso se da a pesar del aumento de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida que ha presentado la población en las últimas décadas. Por ello, hay más personas de edad avanzada que en épocas pasadas. (MUNICIPAL, 2016)

La ley 1251 de 2008, establece en su artículo sexto que los adultos mayores deben ser responsabilidad del estado, la familia y la sociedad ninguno de estos entes cumple su función a cabalidad, en el caso de Colombia los adultos mayores (Gerontes) se encuentran desprotegidos, explotados laboralmente, son considerados como personas sin valor y constantemente se les priva del derecho a una vida digna. A nivel estatal la situación se torna compleja, puesto que la inversión para satisfacer la necesidad de dicha población es insuficiente y los aportes generalmente son demorados. (T-089/13, 2008)

Por ello, la falta de atención integral del adulto mayor en el municipio de Valencia se enfatiza en la promoción de salud y en la prevención primaria y secundaria de enfermedades por falta de un envejecimiento saludable y con calidad de vida; así, la falta de tratamiento farmacológico y no farmacológico de las enfermedades encontradas, y así ofrecer la rehabilitación física como tratamiento y en forma preventiva y favorecer cuidados paliativos al final de la vida.

Esta comunidad presenta problemas de salud por desgaste físico debido a la edad y muchas veces por enfermedades ya que no hay un potencial de prevención y definitivamente hay muchos que nunca lo va a hacer, dado que no se están teniendo en cuenta los mínimos cuidados con la mayoría de esta población, al no tener una nutrición adecuada o el no tener actividad física permanente tratando de envejecer lo más lento posible. (Salud, 2018)

Debido a esto, también se evidencia pérdida de la masa muscular o Sarcolema que es una patología muy común, otra enfermedad muy común en el municipio es el aumento de adultos mayores con Osteoporosis lo que ocasiona que con caídas o golpes leves la persona salga fracturada, la pérdida de la audición y la vista por lo que muchas veces los familiares no tienen la paciencia para estos cuidados, los problemas de hipertensión, del corazón, diabetes y en la población masculina el aumento de cáncer de próstata.

Así mismo, también se presentan problemas psicológicos por traumas o eventos adversos y la depresión por la falta de afecto o por actividades recreativas o de esparcimiento generando que muchos de ellos sean poco sociables he incluso decidan vivir aislados dejando de ser personas sociales.

Sin embargo, para el municipio de valencia Córdoba se hace necesario la implementación de iniciativas que permitan la atención en los siguientes aspectos.

❖ Desarrollo personal

❖ Desarrollo familiar

❖ Funcionamiento social

De mantenimiento de la salud.

❖ Para enfrentar factores de riesgo de carácter físico

❖ Para enfrentar factores de riesgo de carácter psicosocial

❖ Problemas agudos que no son emergencia

❖ Problemas agudos que si son emergencia

❖ Problemas crónicos

Discapacidades

❖ Disfunciones físicas

❖ Disfunciones familiares

❖ Discapacidades

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué gestiones se pueden adelantar para fortalecer la salud integral en temas específicos como prevención, recreación, salud emocional y afectiva del Adulto mayor residente en el barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba?

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la ley 1251 de 2008, la cual establece en su artículo sexto que los adultos mayores deben ser responsabilidad del estado, la familia y la sociedad ninguno de estos entes cumple su función a cabalidad, en Colombia muchos adultos mayores (Gerontes) se encuentran desprotegidos, explotados laboralmente, son considerados como personas sin valor y constantemente se les priva del derecho a una vida digna. Los programas que implementa el estado para satisfacer la necesidad de dicha población es insuficiente y los aportes generalmente son demorados. (T-089/13, 2008)

En primera instancia, se debe tener en cuenta que la vejez como fase del ciclo vital es una construcción multidimensional he integral donde se abordan aspectos biológicos, sociales, culturales e individuales. Para el caso de Colombia y la mayoría de países en desarrollo, el Adulto Mayor es aquella persona que tiene más de 60 años de edad. (Montoro, 2006)

En el municipio de valencia Córdoba, la falta de atención integral del adulto mayor se enfatiza en la promoción de salud y en la prevención primaria y secundaria de enfermedades por falta de un envejecimiento saludable y con calidad de vida; así, la falta de tratamiento farmacológico y no farmacológico de las enfermedades encontradas, y así ofrecer la rehabilitación física como tratamiento y en forma preventiva y favorecer cuidados paliativos al final de la vida.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Ley 1850 de 2017 de la Presidencia de la republica “Por Medio De La Cual Se Establecen Medidas De Protección Al Adulto Mayor En Colombia, Se Modifican Las Leyes 1251 De 2008, 1315 De 2009, 599 De 2000 Y 1276 De 2009, Se Penaliza El Maltrato Intrafamiliar Por Abandono Y Se Dictan Otras Disposiciones” promueve el cuidado al adulto mayor dentro de un entorno apropiado. (1850, 2017)

Por consiguiente, este proyecto pretende implementar propuestas en salud integral para el adulto mayor residente en el barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba a través de un grupo de profesionales capacitados para apoyar a las personas que en su etapa de vejez requieren cuidados de un tercero, por medio de un programa llamado “Espacios saludables para el Adulto Mayor en situación de vulnerabilidad”. Cuya labor consiste en contribuir al bienestar del adulto mayor, atendiendo con calidad y calidez sus necesidades para que tenga una vida digna y lo más saludable posible, por esta razón se requiere disposición y gusto por esta gran labor.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Proponer iniciativas en salud integral por medio de propuestas de gestión en temas específicos como: prevención, recreación, salud emocional y afectiva que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor residente en el barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba.

1.4.2 Objetivo Especifico

- ❖ Identificar las falencias o debilidades en prevención de la salud, recreación, y aspectos emocionales es y afectivos del adulto mayor residente en el barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba.

- ❖ Analizar las principales causas y posibles consecuencias de las falencias identificadas en prevención de la salud, recreación, y aspectos emocionales es y afectivos del adulto mayor residente del Barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba.

- ❖ Proponer alternativas viables de mejoramiento para la atención integral del adulto mayor en el barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba.

CAPÍTULO II

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Teórico

Las teorías sobre el ciclo de vida y la adaptación al proceso de envejecimiento son diversas. Dentro de la bibliografía relacionada con el ciclo vital, diversos enfoques tratan de definir las distintas etapas que componen la vida humana. Sin embargo, estas fases no tienen unos límites precisos, sino que a menudo pasan desapercibidos, haciéndose difícil establecer barreras cronológicas entre ellas. Por otro lado, las normas y las expectativas basadas en la edad varían sustancialmente, no solo en función de diferencias individuales sino también debido a los cambios históricos que afectan al mercado del trabajo, la familia o las políticas sociales. (Bazo, 2011)

Esta diversidad de teorías lleva a tener en cuenta que el Adulto Mayor es visto desde diferentes ángulos; para algunos profesionales el Gerontes está mediado por el contexto y las relaciones sociales, mientras que otros expertos dan más énfasis al estado de actividad o de pasividad que experimenta el Adulto Mayor.

2.1.1 Teoría del medio social o socio – ambiental.

En esta teoría, planteada por Gubrium (1972; 1973), se intenta aunar los factores personales con los sociales, o sea, se concibe la vejez como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno (físico y social). Por ello, se defiende que en el nivel de actividad de una persona mayor hay tres factores que inciden fundamentalmente, y son: la salud, el dinero y los apoyos sociales. (López F. , 1994)

Según Gubrium (1973) esta teoría sostiene que el comportamiento en la vejez es dependiente de ciertas condiciones biológicas y sociales. Además del contexto social con sus normas, los

obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Siguiendo con esta perspectiva teórica cualquier elemento proveniente del entorno puede influir de forma desfavorable en la vejez y el proceso de envejecimiento como muertes de seres queridos, aparición de enfermedades, pérdidas económicas, etc.

En otras palabras, el comportamiento de la persona va a depender de la sociedad donde viva, de su condición física y de los recursos con que cuenta para satisfacer sus necesidades. El medio ambiente en que se encuentra la persona de edad avanzada incluye no sólo el contexto social con sus normas sino también los bienes de orden material y las posibilidades que se le ofrecen.

Según esta teoría, la salud sería un factor determinante ya que muchas personas están muy limitadas por las enfermedades crónicas que padecen.

En cuanto a la condición económica, una situación precaria sería otra condición negativa que actuaría como factor limitante en la actividad de los ancianos. En muchos países, desarrollados, hay un porcentaje elevado de personas de edad que perciben unos ingresos que apenas llegan para la subsistencia.

Respecto a los apoyos sociales, la desintegración familiar por muerte de uno de los cónyuges, o la falta de relaciones sociales actuarían condicionando la conducta de los ancianos. En resumen, según J. Gubrium todos los factores del medio social que actúen limitando la actividad son negativos para la vejez. (Bazo, 2011)

En resumen, según J. Gubrium todos los factores del medio social que actúen limitando la actividad son negativos para la vejez, en cuanto a la condición económica, una situación precaria sería otra condición negativa que actuaría como factor limitante en la actividad de los ancianos. (Bazo, 2011, P. 109)

2.1.2 Teoría de redes.

Las redes sociales son estructuras compuestas de grupos de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes o que comparten conocimientos. Por consiguiente, la explicación de los comportamientos requiere un análisis de cómo los actores están conectados unos a otros en las diversas situaciones en las que son observados. (Boyle, 2011)

Los precursores de las redes sociales, a finales del siglo XVIII incluyen a Émile Durkheim y Ferdinand Tönnies.

Tönnies argumentó que los grupos sociales pueden existir bien como lazos sociales personales y directos que vinculan a los individuos con aquellos con quienes comparte valores y creencias (*gemeinschaft*), o bien como vínculos sociales formales e instrumentales (*gesellschaft*). Es decir, las personas reciben influencia tanto directa como indirecta de los demás y esto se hace latente en decisiones y hechos. Por ello si un adulto mayor se siente valorado, respetado y animado su capacidad para producir en todas las facetas va a ser elevado, en comparación de una persona a la cual su núcleo tanto familiar como social lo desplaza y no lo incluyen dentro de ninguna red social.

Redes Sociales de Apoyo en la Vejez

Según Fernández- Ballesteros (1998) existe una extraordinaria diversidad en la clasificación de la vejez. Se pueden distinguir las siguientes maneras de envejecer: normal, patológica y competente. Envejecer de una manera u otra no ocurre al azar, sino que depende en gran parte, de lo que la persona haga y las condiciones del ámbito Social. (Clemente, 2001)

La vejez Normal es aquella en la cual no se presentan patologías físicas o psicológicas inhabilitantes. Como contrapartida de ésta, en la vejez patológica, la salud del Adulto Mayor está quebrantada por la enfermedad y la discapacidad que ésta le puede ocasionar. Una vejez exitosa es

aquella en la que el anciano posee un alto nivel de funcionalidad tanto física como cognitiva, permitiéndole ser una persona competente (Rowe y Kahn, 1997).

Al respecto, el mapa evolutivo de la red Social que plantea Sluzki (1998) muestra un polo de expansión que comienza con la incorporación de los nuevos vínculos correspondientes a la primera época de la vida (amistades en la escuela o en la plaza, noviazgo, matrimonio, hijos,) un área de estabilidad y por último, un polo de retracción o extinción en el que las relaciones se van desactivando (desplazamiento geográfico, enfermedad o muerte de familiares o amigos, falta de motivación para mantener activos los vínculos de la red, etc.).

Al analizar la red social, durante el último tercio o cuarto del ciclo vital de la persona, es decir en la etapa de la vejez, este autor observa la coexistencia de tres factores, cuyos efectos acumulativos contraen la red social personal del Adulto Mayor.

- a. La muerte, migración o debilitamiento de los miembros reduce los vínculos existentes.
- b. La disminución progresiva de las oportunidades, así como de la motivación para establecer nuevos vínculos, disfruta la renovación de la red social.
- c. El decrecimiento de la energía necesaria para mantener activos los vínculos disminuye la posibilidad de conservar la red social. Es decir, que a medida que el Adulto Mayor envejece, la red social personal sufre pérdidas y a su vez, las oportunidades de remplazarlas se reducen marcadamente, los miembros del grupo de pertenencia tienden a morir con mayor frecuencia. (Clemente, 2001)

2.1.3 Teoría de la desvinculación o Desapego.

Esta teoría propuesta a principios de los años sesenta (1963) por Cummings y Henry señala que: “una vez traspuesta una determinada edad, es normal que las personas vayan reduciendo los

roles más activos, busquen otros de menor actividad, reduzcan la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales, y se vayan centrando cada vez más en su propia vida interior” las personas van haciéndose cargo del declive de sus actividades a medida que envejecen, y en ese mismo grado se van desvinculando, distanciándose del mundo ruidoso. La desvinculación empieza con una demanda de reducción de actividades que tengan que ver con la competitividad y con la productividad y tiene un claro sentido adaptativo realista que por lo demás, es aceptado y practicado a su vez por la sociedad.

De este modo, de acuerdo con la teoría, conservarán su autodefinición positiva las personas que vayan sustituyendo progresivamente los roles de más actividad por otros más tranquilos, alejándose de los de más responsabilidad en el sistema productivo y centrándose en el ejercicio de roles periféricos, familiares y de amistad: para que puedan tener y mantener una imagen positiva de sí mismos. |

2.2 Marco Conceptual

En esta sección se elabora una revisión bibliográfica de los conceptos generales a partir de los cuales se sustenta el concepto de términos técnicos que soportan esta investigación. Los conceptos a considerar son: Salud Integral, Adulto Mayor, Problemas psicológicos, Trabajo Social, Gerontes, Vejez, Envejecimiento, tratamiento farmacológico, desgaste físico, Espacios saludables, Políticas sociales, *Gemeinschaft*.

2.2.1 Salud Integral

El estado de bienestar general del ser humano, entiéndase **salud** física, mental y social, es lo que la Organización Mundial de la **Salud** (OMS) define como **Salud Integral**. Es decir, un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo.

Según **Luz Carmen Meraz (2009)** es el estado de bienestar general del ser humano, entiéndase salud física, mental y social, basada en la OMS (Organización Mundial de la Salud) que la define como, un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo. (Meraz, 2009)

2.2.2 Adulto Mayor

Término atropo-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir

El **Ministerio De Salud** colombiano define al adulto mayor como el sujetos de derecho, socialmente activo, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. (Salud, 2018)

Por lo tanto, las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro.

Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad.

2.2.3 Problemas Psicológicos

Problemas emocionales y de comportamiento: trastornos por angustia de separación, fobias escolares, evitación, retraimiento, aislamiento, ansiedad en diversas formas de manifestación, trastornos del ánimo como la depresión.

Según **Ernesto López y Miguel Costa (2015)**, psicólogos clínicos y expertos en salud pública, desarrollan en su libro “Los problemas psicológicos no son enfermedades mentales” (Ed. Pirámide) una crítica radical de la psicopatología y una honda reflexión del comportamiento humano, cuyos trastornos comprendidos como patologías son “un mito”. (López E. , 2015)

Debido a esto, una tendencia patente en el trabajo del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico), cuya clasificación de los trastornos mentales ha supuesto la expansión de los límites de la enfermedad, una de las principales causas de una conducta disfuncional, origen de diversos trastornos psicológicos, es la falta de adaptación entre el comportamiento, configurado por nuestras reacciones ante los avatares de la vida, y el contexto social.

2.2.4 Trabajo Social

El Trabajo Social según **Ezequiel Ander-Egg** es una forma de acción social, entendiendo como toda actividad consciente, organizada y dirigida, ya sea individual o colectiva que, de modo expreso tiene por finalidad actuar sobre medio social, para mantener una situación, mejorarla o transformarla, debe de realizarse de manera consiente pues se debe de tener bien en claro y definido ¿Qué vamos a hacer? ¿Cómo lo vamos a hacer? ¿Para qué lo vamos a hacer? ¿Es posible lo que se planea hacer? (Ander, 2004)

2.2.5 Gerontes

El término Gerontes es un término que se utiliza para designar a aquellas personas que ya se encuentran en lo que se conoce normalmente como "tercera edad" o que son ancianas y que mantienen otras características tales como no verse obligados a trabajar.

Según, Michel **Elie Metchnikoff** (1903) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida". (Ramos, 1999)

2.2.6 Envejecimiento

Es un proceso normal del organismo caracterizado por una disminución progresiva en la capacidad de llevar a cabo las funciones de cada órgano y sistema, este se inicia desde el momento mismo del nacimiento.

Según **Alejandra María Alvarado García** Magíster en enfermería. Profesora asistente. Universidad de la Sabana, El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser. (Alvarado, 2012)

2.2.7 Espacios Saludables

Hace referencia a un ambiente en el cual se generan inclinaciones, de origen interno o externo, propiciadoras de una adecuación para la vida plena, valor único e inalienable y derecho primordial de todo individuo.

El **Ministerio De Salud Nacional** define como el conjunto de actividades e intervenciones intersectoriales de carácter básicamente promocional, preventivo y participativo que se desarrollan para ofrecer a las personas protección frente a las amenazas para su salud, y a su vez, permitirles ampliar sus conocimientos y capacidades para identificar los riesgos y actuar oportunamente frente a ellos. (Ministerio, 2018)

2.2.8 Políticas sociales

Es una disciplina científica y una intervención política dedicada a estudiar e intervenir públicamente en las consecuencias materiales y morales del siempre desigual desarrollo de las sociedades modernas.

Según **José Adelantado (2006)**, La política social tiene que ver con el bienestar de las personas a través de la acción social, y tanto se considera un objeto como de un estudio de las ciencias sociales como un conjunto de prácticas. (Adelantado, 2006)

2.3 Marco Temporal.

Esta propuesta se desarrollará en un lapso de tiempo que va desde 01 de noviembre del año 2018 hasta el 31 de marzo del año 2019, y el seguimiento de este ser de 12 meses a partir del momento de inicio del mismo.

2.4 Marco Espacial.

El marco espacial de esta investigación inicia en la corporación unificada de educación nacional CUN por medio del proceso de aprendizaje.

En el campo de la investigación tendrá lugar en el barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba ubicado en la parte nororiental del municipio de valencia (8.26°N, 76.15°w)

r

IMAGEN 1 Geografía barrio 20 de enero



CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de Estudio.

La investigación estuvo enmarcada en un enfoque cuantitativo, con un estudio descriptivo, teniendo en cuenta que es necesario para poder analizar los resultados de las encuestas que se aplicaron al personal del barrio 20 de enero del municipio de Valencia departamento de Córdoba – Colombia.

En este sentido, el método cuantitativo de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) manifiestan que usan la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, además señalan que este enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase y parte de una idea, que va acotándose y, una delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica.

Por lo tanto, de las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolló un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis.

La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, este estudio mide, o evalúa diferentes aspectos, tamaños o elementos del fenómeno a investigar, aquí se elige una serie de conceptos de variables y se mide cada uno de ellos de manera independiente para así poder describir lo que se está

investigando. El principal objetivo de este estudio es medir con la mayor precisión posible.

(Hernández, Fernández y Batista. (Hernández, 2003, pág. 119)

3.1.2 Método de Estudio.

La metodología de un trabajo de investigación es un elemento clave para el logro efectivo de la misma, debido a que se establecen los procedimientos y herramientas necesarias para el cumplimiento del objeto planteado como es elaborar una propuesta de atención en salud integral para el adulto mayor del barrio 20 de enero del municipio de valencia departamento de Córdoba-Colombia. En este sentido, se definen las estrategias metodológicas, la naturaleza de la investigación, la población, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como las técnicas y procedimiento para el análisis de datos.

De acuerdo con ello, en la presente investigación por sus naturaleza se ubica dentro del paradigma investigación acción (IA), orientado bajo el enfoque cuantitativo y se apoya en una investigación de tipo descriptivo, al respecto, La metodología cuantitativa de acuerdo con Tamayo (2007), consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio.

Por lo tanto, la metodología cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Por otra parte, Rodríguez Peñuelas (2010, p.32), señala que el método cuantitativo se centra en los hechos o causas del fenómeno social, con escaso interés por los estados subjetivos del individuo. Este método utiliza el cuestionario, inventarios y análisis demográficos que producen

números, los cuales pueden ser analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre las variables definidas operacionalmente, además regularmente la presentación de resultados de estudios cuantitativos viene sustentada con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico.

3.1.3 Método de recolección de Información.

El método de recolección de información según (Hernández, Fernández y baptista) son las distintas formas y maneras de obtener información, para efectos de esta investigación se utilizará como método la entrevista mediante un instrumento tipo cuestionario. Donde un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta. El cuestionario incluye 10 afirmaciones, las cuales son contestadas por las personas, utilizando una escala de Likert seleccionando el nivel que más satisfaga su opinión, debido a que esta escala proporciona una alternativa muy útil para adquirir los datos.

As pues. El cuestionario es de gran utilidad en la investigación científica, ya que constituye una forma concreta de la técnica de observación, logrando que, el investigador fije su atención en ciertos aspectos y se sujete a determinadas condiciones.

3.1.4 Fuentes de Información

Las fuentes que permiten abordar el estudio existente están compuestas por fuentes primarias, secundarias y otras Facilitan el control y el acceso a toda gama de repertorios de referencia, como las guías de obras de referencia o a un solo tipo, como las bibliografías.

3.1.5 Población, Universo y Muestra

Cabe mencionar que la población objeto de estudio para la presente investigación son los habitantes del barrio 20 de enero, del municipio de Valencia departamento de Córdoba- Colombia.

Según Tamayo (2012) señala que la población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica, y se le denomina la población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a una investigación (P.114).

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003) pueden definirse como. Una unidad de análisis o un grupo de personas, contexto, eventos, sucesos, comunidades entre otros, sobre la cual se habrán de recolectar datos” (p.302). En este sentido, por considerarse una población finita y accesible se tomó para la investigación una muestra censal, es decir, la totalidad de los adultos mayores del barrio 20 de enero del municipio de Valencia departamento de Córdoba- Colombia, con un número de 25 personas.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1 Formulario De Observación

La implementación de esta propuesta el cual tendrá su radio de acción en el barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba, se pondrá en marcha a partir del año 2018. Actualmente existen dos modalidades de atención al adulto Mayor: por un lado, se encuentran los Gerontes institucionalizados y por otro los pertenecientes a un censo general.

En el barrio 20 de enero existe un 60% de Adultos Mayores con enfermedades, de los cuales un 75% sufren de hipertensión y un 15% diabéticos. El 10% posee otro tipo de enfermedad

4.2 Análisis De Fuentes Secundarias.

Teoría del medio social o socio – ambiental.

En esta teoría, planteada por Gubrium (1972; 1973), se intenta aunar los factores personales con los sociales, o sea, se concibe la vejez como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno (físico y social). Por ello, se defiende que en el nivel de actividad de una persona mayor hay tres factores que inciden fundamentalmente, y son: la salud, el dinero y los apoyos sociales. (López F. , 1994)

Teoría de redes.

Las redes sociales son estructuras compuestas de grupos de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes o que comparten conocimientos. Por consiguiente, la explicación de los comportamientos requiere

un análisis de cómo los actores están conectados unos a otros en las diversas situaciones en las que son observados. (Boyle, 2011)

Teoría de la desvinculación o Desapego.

Esta teoría propuesta a principios de los años sesenta (1963) por Cummings y Henry señala que: “una vez traspuesta una determinada edad, es normal que las personas vayan reduciendo los roles más activos, busquen otros de menor actividad, reduzcan la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales, y se vayan centrando cada vez más en su propia vida interior” las personas van haciéndose cargo del declive de sus actividades a medida que envejecen, y en ese mismo grado se van desvinculando, distanciándose del mundo ruidoso. La desvinculación empieza con una demanda de reducción de actividades que tengan que ver con la competitividad y con la productividad y tiene un claro sentido adaptativo realista que por lo demás, es aceptado y practicado a su vez por la sociedad.

4.3 Análisis De Fuentes Primarias.

Para lograr una aproximación integral al problema y mayor objetividad en el diseño y ejecución de esta propuesta se parte de la observación directa de la practicante de Administración De La Seguridad Social En Salud Viviana Betty Vázquez Romaña y la participación de algunos profesionales.

CUADRO 1 Fuentes Primarias

Grupo	Intereses	Problemas Percibidos	Recursos
Directivos	Responsabilidad económica y afectiva con el Adulto Mayor.	La familia relega su responsabilidad al estado o un tercero.	Interés por cambiar el modelo de trabajo realizado hasta el momento con las familias.
Empleados	<ul style="list-style-type: none"> Acompañamiento familiar de los Gerontes. Capacitación sobre los protocolos a implementar por esta propuesta y cumplimiento de la dirección administrativa con el suministro de Elementos de para la atención de Gerontes. 	<ul style="list-style-type: none"> Abandono del Adulto Mayor por parte de la familia. Riesgo de adquirir alguna infección o enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Práctica de Trabajo Social que aborda la problemática. Implementación actual de los protocolos del proyecto.
Población Adulta Mayor	Acompañamiento de la familia y mejora de su calidad de vida.	Abandono por parte de su familia.	Existencia de la Familia en algunos Gerontes.

Fuente: Elaboración propia
Vázquez 2018

4.3.1. Análisis de Entrevista.

Encuesta para el reconocimiento de la población adulto mayor del barrio 20 de enero municipio de Valencia Córdoba.

Nombre de quien recibe la encuesta.

_____ CC. _____ Teléfono _____

Nivel de escolaridad. _____

1. ¿Tipo de vivienda? _____
2. ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____
3. ¿Son población víctima del conflicto armado? _____
4. ¿Cuántas mujeres mayores de 57 hay? _____ ¿trabaja? _____
5. Si hay nombre y cedula

_____ CC. _____

6. Edad _____ ¿tiene alguna discapacidad? _____
7. ¿Está incluido en el programa de Colombia mayor?
8. ¿Cuántos hombres mayores de 63 años hay? _____ ¿trabaja? _____
9. Si hay nombre y cedula
_____ CC. _____
10. ¿tiene carnet de salud? No ___ si ___ ¿cuál? _____
11. ¿Quién se encuentra a cargo del adulto mayor? _____
12. ¿tiene servicios fúnebres? _____
13. ¿Padece de alguna enfermedad? No ___ si ___
14. ¿consume medicamentos recetados? _____
15. ¿Con que frecuencia va al médico el adulto mayor? _____
16. ¿utiliza ayuda técnica? No ___ si ___ cual _____
17. ¿realiza actividades de esparcimiento? (físicas, psicológicas, recreativas) _____
18. ¿estaría de acuerdo con la implementación de un proyecto en la comunidad que trate de la atención integral al adulto mayor? _____

4.3.2. Análisis de encuestas

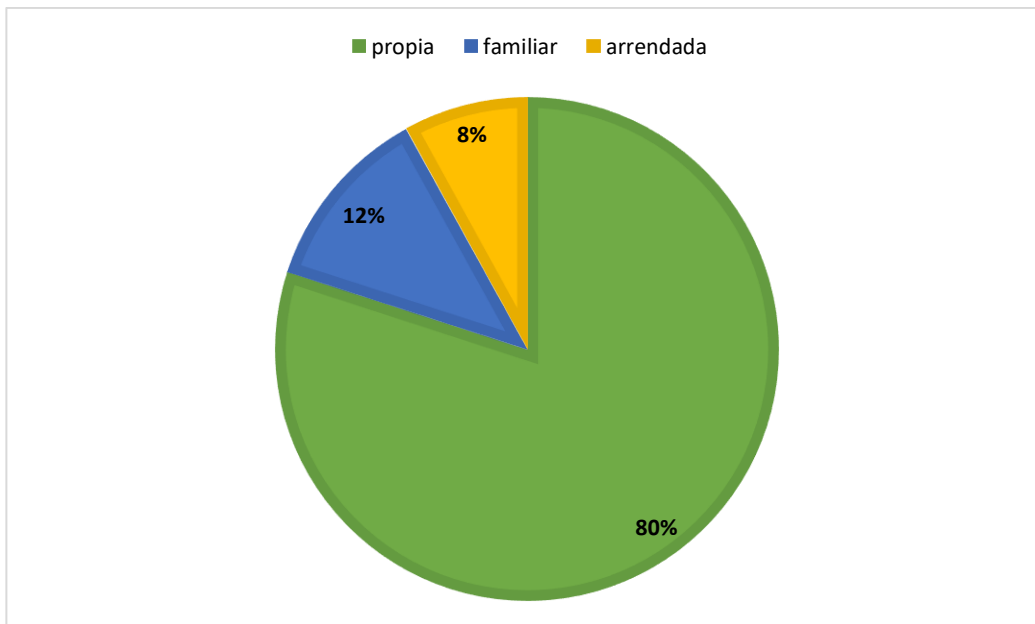
Encuesta aplicada a 25 habitantes del barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba.

Tabla 1 Tipo de vivienda

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Propia	20	80%
Familiar	3	12%
Arrendada	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 1



Fuente: Vásquez 2018b

Del total de los encuestados el 80% contestó que el tipo de vivienda es propia un 12% contestó familiar y el 8% contestó que es arrendada.

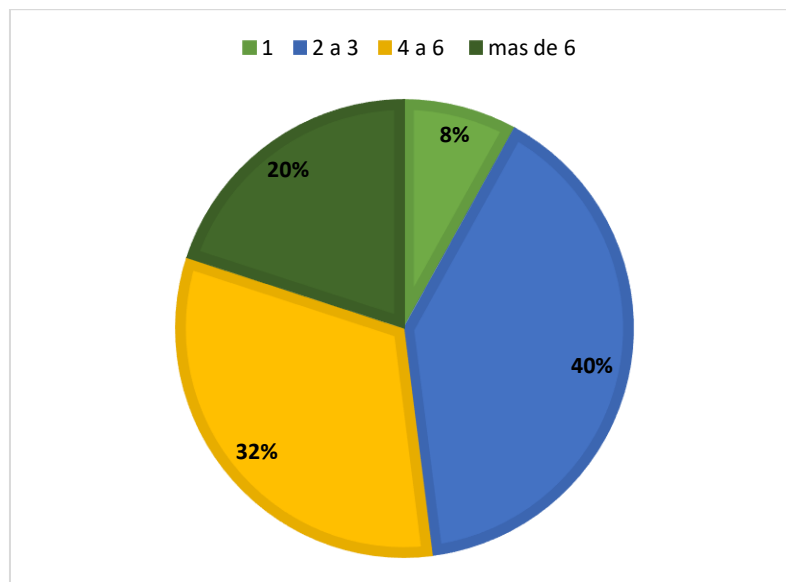
Por lo cual se puede inferir que la mayoría de los encuestados tienen casa propia

Tabla 2 # Personas que viven en el hogar

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	2	8%
2 a 3	10	40%
4 a 6	8	32%
Más de 6	5	20%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 2



Fuente: Vásquez 2018b

El 40% del total encuestado contestó que en la vivienda viven de 2 a 3 personas otro 32% contestó de 4 a 6 mientras que el 20% más de 6 y el 8% contestó 1.

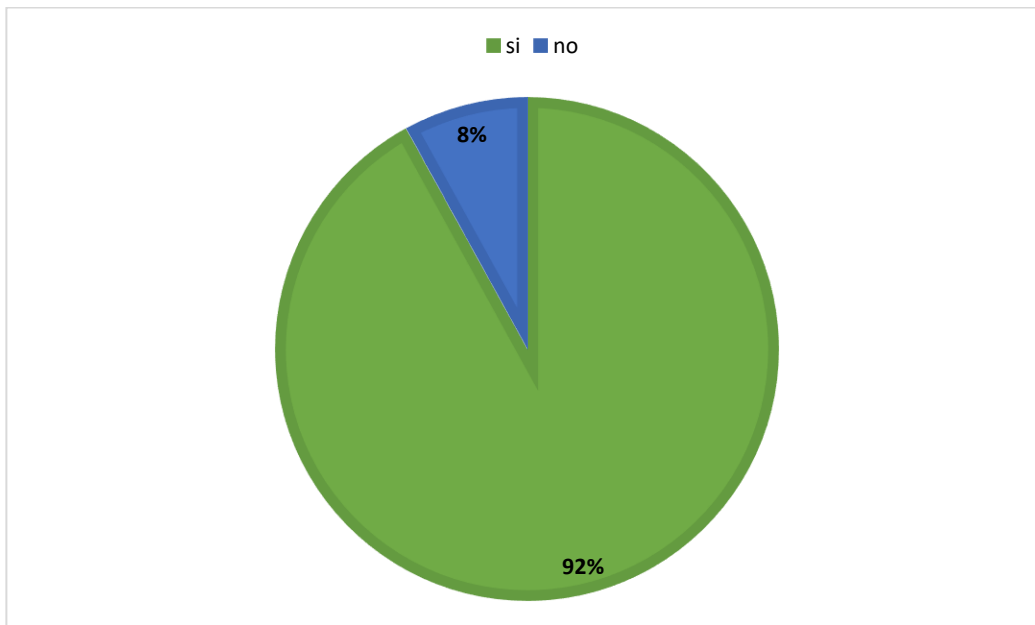
Por lo tanto, se concluye que en la vivienda de la mayoría de los encuestados viven de 2 a 3 personas.

Tabla 3 Población víctima del conflicto armado

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	23	92%
No	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 3



Fuente: Vásquez 2018b

De 25 encuestados el 92% contestó si hace parte de la población víctima mientras que el otro 8% contestó que no.

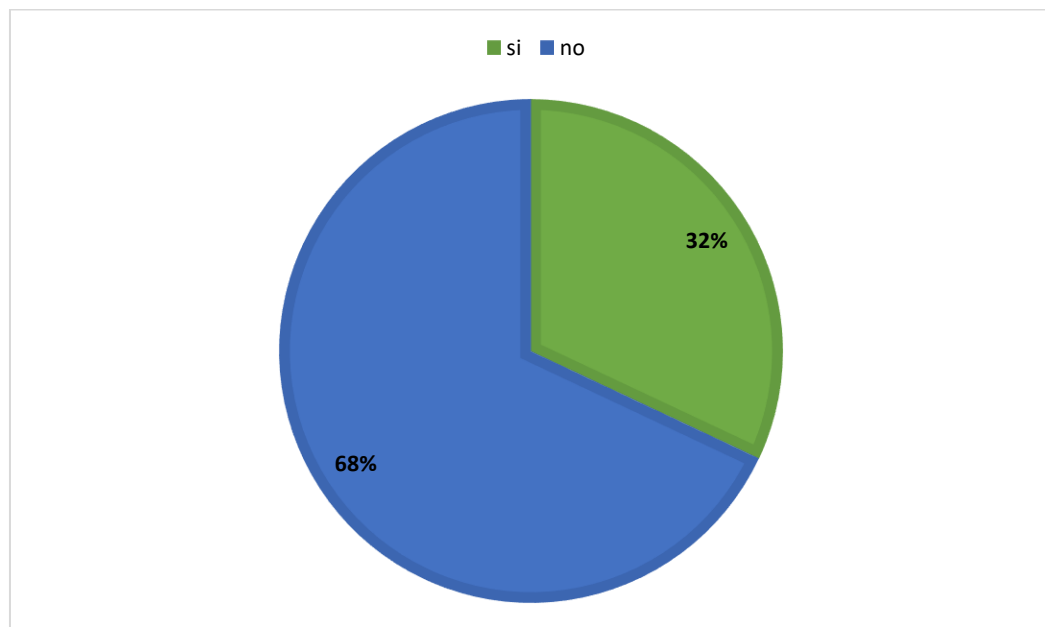
Se concluye entonces que la gran mayoría de los encuestados pertenece a la población víctima del conflicto armado

Tabla 4 Mujeres mayores de 57 ¿trabaja?

RESPUESTA	FRECUENCIA	TRABAJA	PORCENTAJE
Si	8	2	32%
No	17		68%
TOTAL	25		100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 4



Fuente: Vásquez 2018b

Del total de los encuestados el 68% contestó que no hay mujeres mayores de 57 años y el 32% contestó que sí.

Por lo que se puede inferir que en la mayoría de los hogares encuestados no hay mujeres mayores de 57 años.

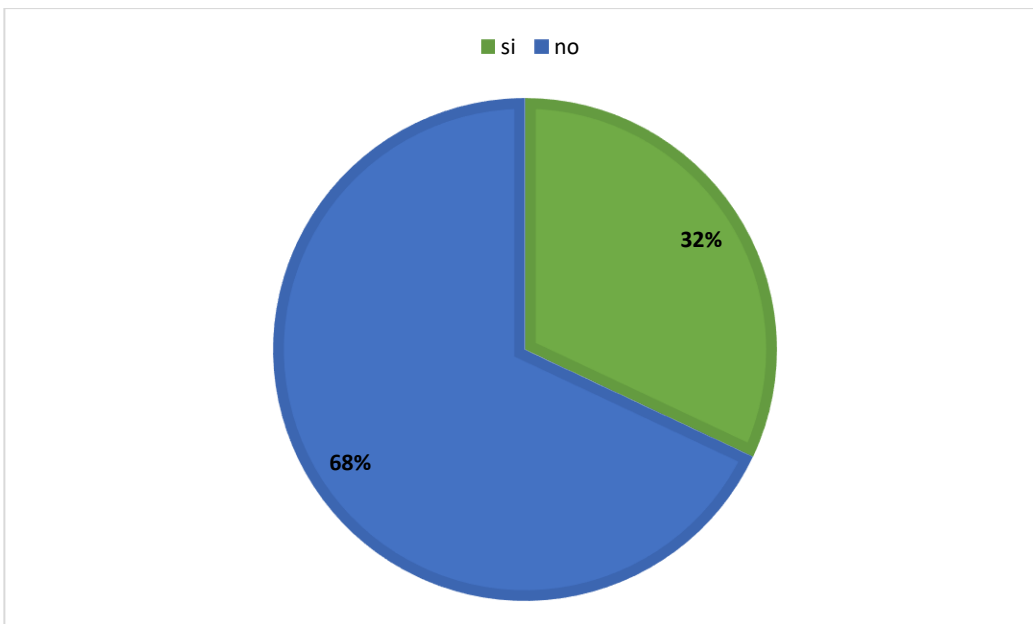
5) Si hay nombre y cedula

Tabla 5 Alguna discapacidad

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	8	32%
No	17	68%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 5



Fuente: Vásquez 2018b

El 68% encuestado contesto que no consume medicamentos mientras que el 32% contesto que sí.

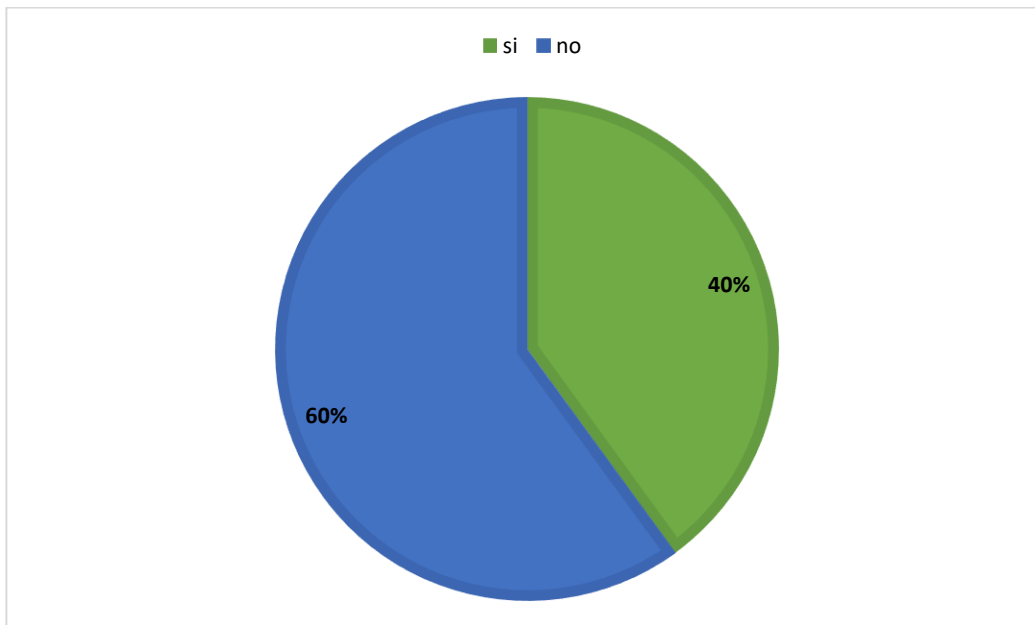
Se concluye que la mayoría de los encuestados no sufre de alguna discapacidad.

Tabla 6 Incluido en el programa de Colombia mayor

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	10	40%
No	15	60%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 6



Fuente: Vásquez 2018b

Del total de los encuestados el 60% contestó que no está incluido en el programa de Colombia mayor, mientras que el 40% contestó que sí.

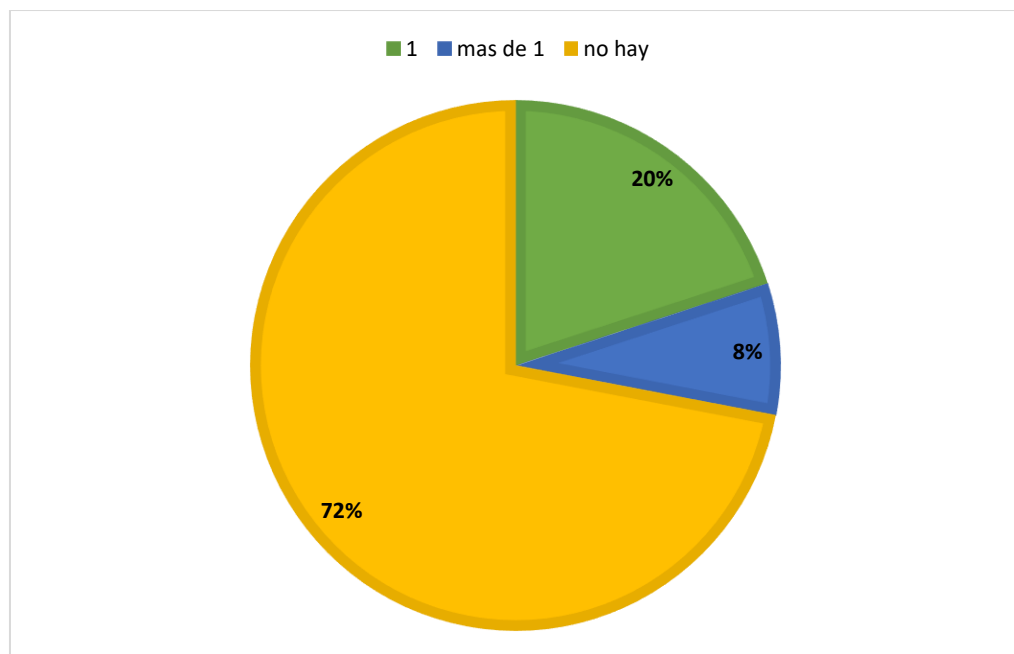
Se puede inferir que la mayor parte de los encuestados no están incluidos en el programa de Colombia mayor.

Tabla 7 Hombres mayores de 63 años ¿trabaja?

RESPUESTA	FRECUENCIA	TRABAJA	PORCENTAJE
1	5	3	20%
Más de 1	2		8%
No hay	18		72%
TOTAL	25		100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 7



Fuente: Vásquez 2018b

El 72% de los encuestados contestó que no hay hombres mayores de 63 años, el 20% contestó que hay 1 y el 8% más de 1.

Por lo tanto, se concluye que en la gran mayoría de las viviendas no hay hombres mayores de 63 años.

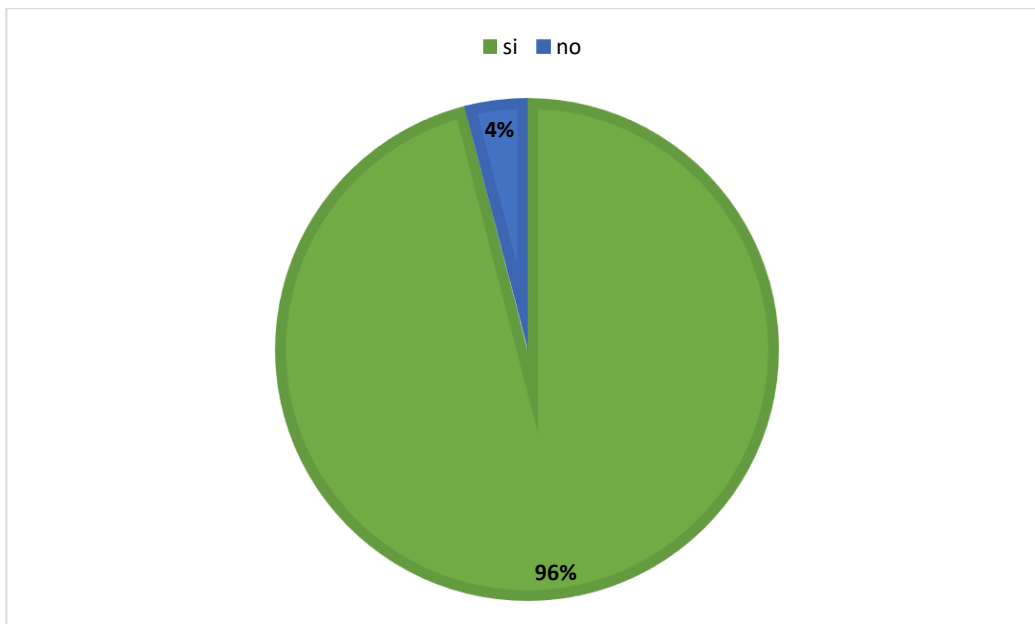
8) Si hay nombre y cedula

Tabla 8 Adultos mayores con carnet de salud

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	24	96%
No	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 8



Fuente: Vásquez 2018b

Del total de los encuestados el 96% contestó que si tienen carnet de salud mientras que el 4% contestó no.

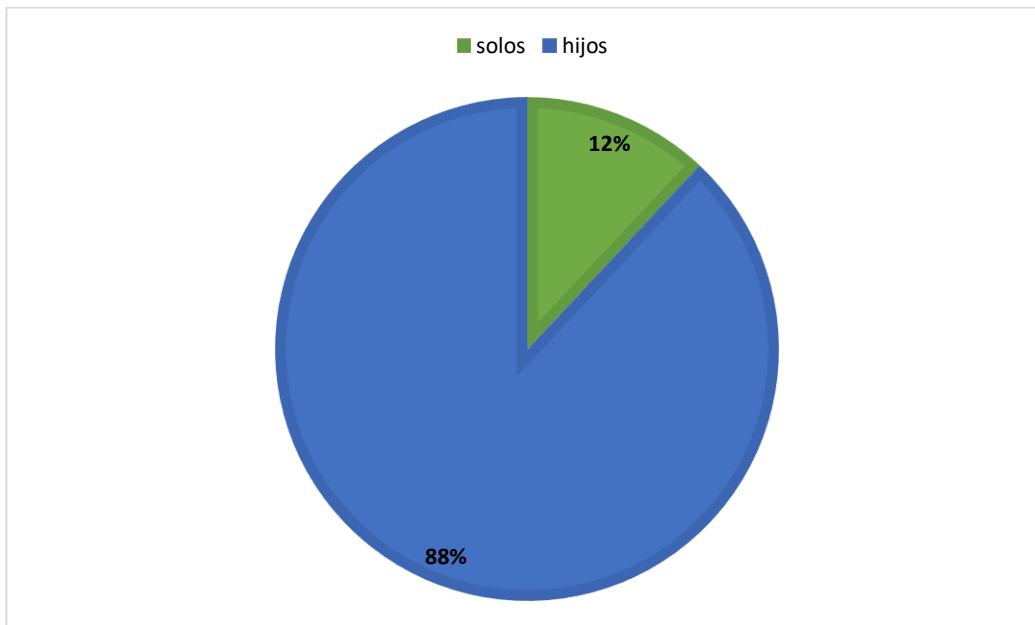
Por lo tanto se puede inferir que la gran mayoría de los encuestados tienen carnet de salud.

Tabla 9 persona a cargo del adulto mayor

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solos	3	12%
Hijos	22	88%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 9



Fuente: Vásquez 2018b

A esta pregunta el 88% contestó que los hijos están a cargo de los adultos mayores mientras que el 12% contestó que viven solos.

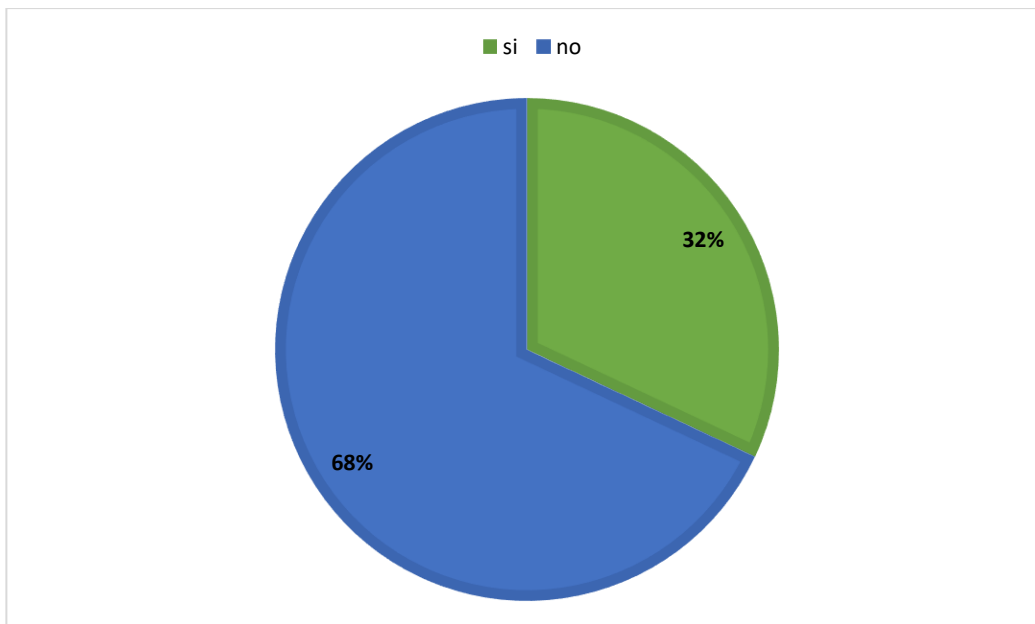
Por lo cual se concluye que la mayoría vive con los hijos.

Tabla 10 servicios fúnebres

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	8	32%
No	17	68%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 10



Fuente: Vásquez 2018b

El 68% contestó que no tiene servicios fúnebres mientras el 32% contestó que si

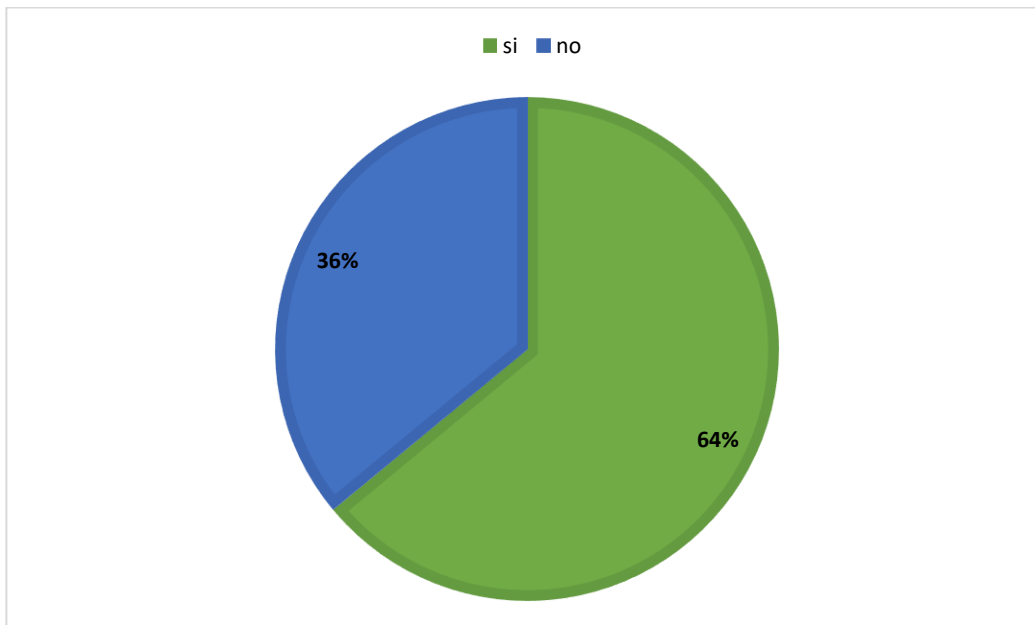
Por lo tanto, se concluye que la mayoría de los encuestados no cuentan con servicios fúnebres

Tabla 11 ¿Padece de alguna enfermedad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	16	64%
No	9	36%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 11



Fuente: Vásquez 2018b

Del total de los encuestados el 64% contestó que si padecen de alguna enfermedad y el otro 36% contestó que no.

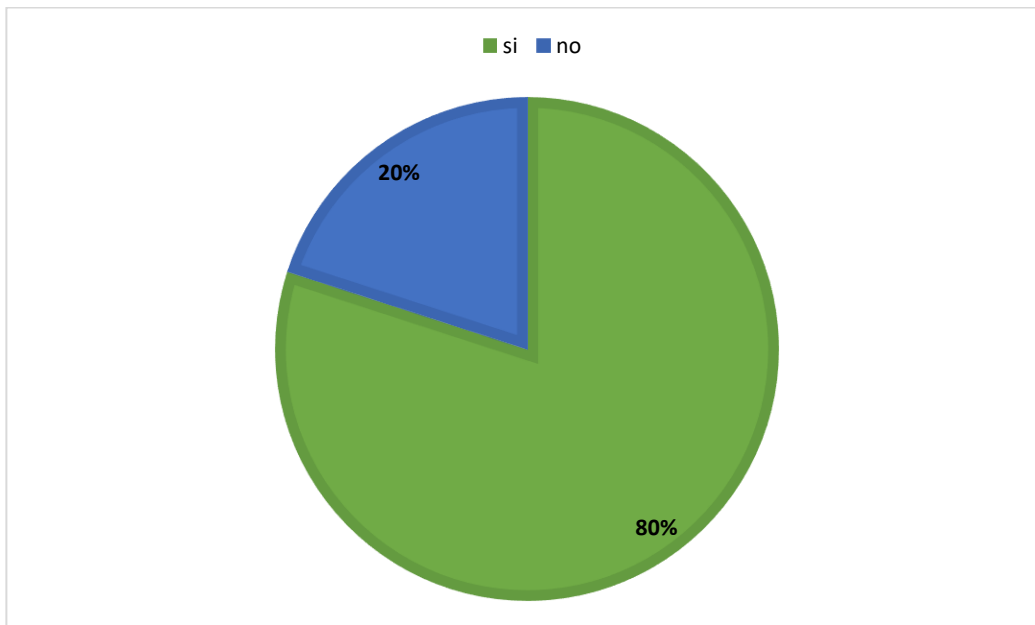
Se concluye entonces que la mayoría de los encuestados padecen de alguna enfermedad.

Tabla 12 Medicamentos recetados

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	20	80%
No	5	20%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 12



Fuente: Vásquez 2018b

El 80% de los encuestados contesto que si consume medicamentos recetados mientras que el 20% contesto que no.

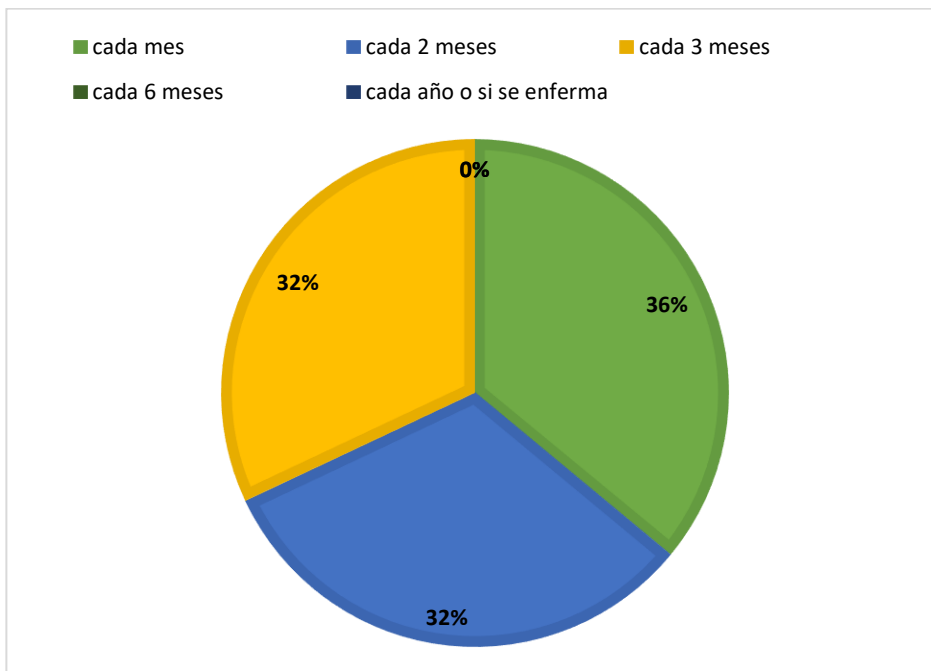
Por lo tanto, se puede inferir que la mayoría de los encuestados consume medicamentos recetados.

Tabla 13 frecuencia con la que va al médico el adulto mayor

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada mes	9	36%
Cada 2 meses	8	32%
Cada 3 meses	8	32%
Cada 6 meses	0	0%
Cada año o si se enferma		
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 13



Fuente: Vásquez 2018b

Del total de los encuestados el 36% contestó cada mes, el 32% cada dos meses, y el 32% contestó cada 3 meses.

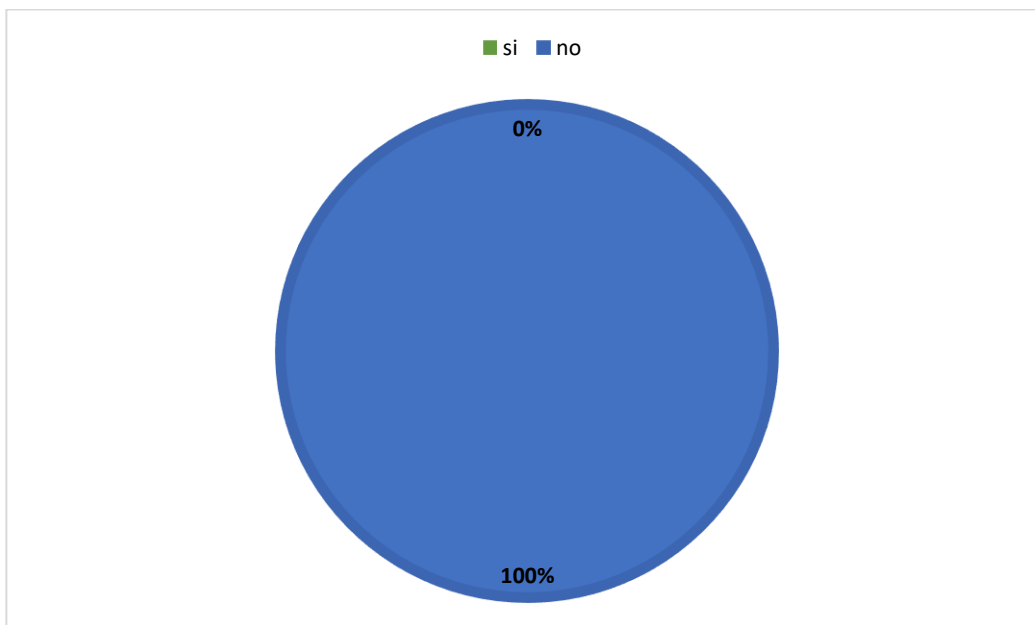
De esta manera se concluye que la mayoría de los adultos mayores asisten cada mes al médico.

Tabla 14 Ayuda técnica

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	0	0%
No	25	100%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 14



Fuente: Vásquez 2018b

De 25 encuestados el 100% contestó que no reciben ninguna ayuda técnica.

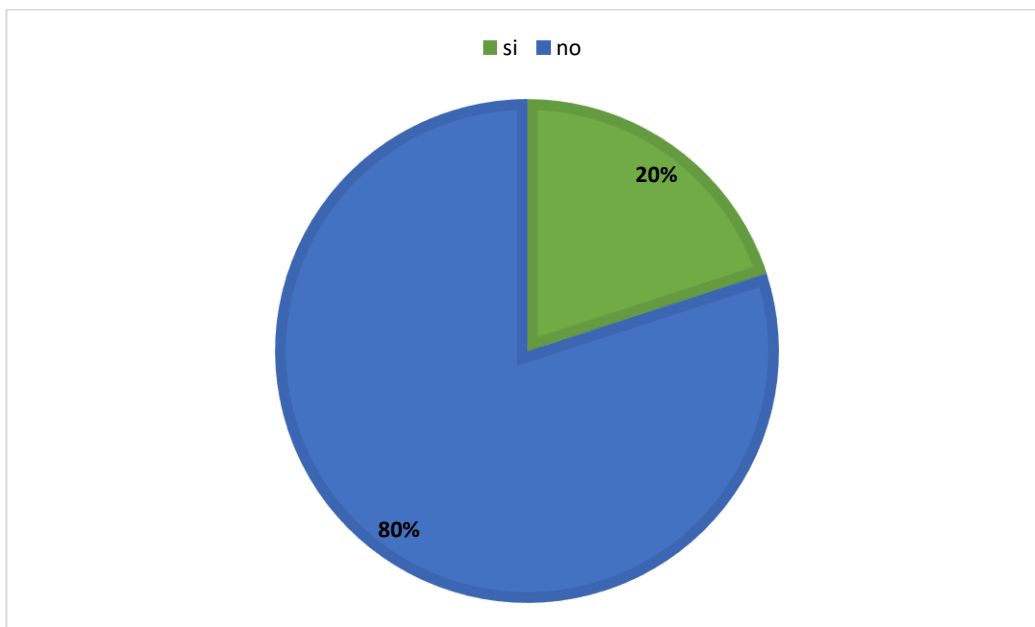
Por lo tanto, se concluye que el total de los adultos mayores del barrio 20 de enero no cuentan con ayuda técnica

Tabla 15 Actividades de esparcimiento (físicas, psicológicas, recreativas)

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	5	20%
No	20	80%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 15



Fuente: Vásquez 2018b

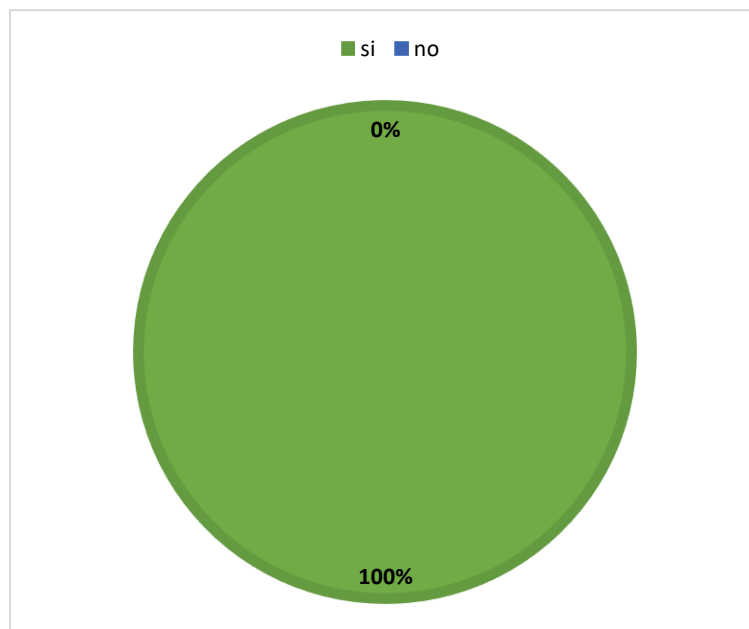
El 80% contesto que no realizan actividades de esparcimiento mientras que el 20% contesto que sí. Se puede concluir entonces que la gran mayoría de los adultos mayores del barrio 20 de enero no realizan actividades de esparcimiento.

Tabla 16 Aceptación de la implementación de un proyecto en la comunidad que trate de la atención integral al adulto mayor

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	25	100%
No	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Vásquez 2018b

Grafica 16



Fuente: Vásquez 2018b

De 25 encuestados el 100% contestó que si estarían de acuerdo.

Por lo tanto, se concluye que el total de los encuestados estaría de acuerdo con la implementación de un proyecto en la comunidad que trate de la atención integral al adulto mayor

4.4 Análisis General

Lo anterior, se puede explicar por el hecho de haber realizado esta investigación, al indagar en las problemáticas sociales de los adultos mayores del barrio 20 de enero, se puede mirar la realidad con otros ojos. Es decir, desde una mirada más global y mucho más integral, siendo capaces además de coordinarse con un equipo de profesionales de diferentes disciplinas como la medicina, psicología entre otros, sin temor a compartir conocimientos y a abordar problemáticas de manera conjunta.

Existe un 80% de Adultos Mayores en condición de discapacidad, de los cuales un 65% son discapacitados físicamente y un 15% tienen algún trauma psicológico, El 10% de la población restante pertenece a la población Adulta Mayor auto-Valente y semi-Valente, Mediante entrevistas directas con los Gerontes y recopilación de información, se puede apreciar que gran parte de los Adultos Mayores presenta abandono afectivo y económico por parte de su familia.

El abandono a nivel afectivo se presenta porque varios Adultos Mayores viven solos o la mayoría del tiempo no interactúa con otras personas. Como consecuencia, los Gerontes terminan en un estado de depresión, así mismo la carencia de recursos económico se da porque el 90% de familias no cuentan con ingresos fijos mensuales; lo que genera demoras en la compra o el suministro de elementos de aseo personal, de medicamentos y ropa.

Sin embargo, el abandono no es solo de la familia, pues a nivel Estatal sucede lo mismo.

También se encontró que muchos no se encuentran en el programa Colombia Mayor o cualquier otro programa que le permitan acceder a recursos, apoyos varios y nuevos beneficios, pues actualmente no cuenta con ninguna propuesta plasmada que sea evaluada por una empresa o institución. Sin embargo, la creación de una fundación o programa tendría buena aceptación para empezar la elaboración y ejecución de dichos proyectos.

Según lo expresado anteriormente, es muy importante un trabajo interdisciplinario ya que los datos recolectados demuestran fallas evidentes en la atención integral de los adultos mayores del Barrio 20 De Enero quedando evidente que el estado no le está brindando las garantías que les permitan interactuar con el profesional de la salud, Trabajo Social y otros expertos de diferentes ramas como la fisioterapia, Nutrición, Terapia Ocupacional, Enfermería, psicología, entre otras áreas importantes para abordar al adulto Mayor de una manera más integral y brindar una respuesta oportuna según cada caso presentado por el Geronte.

CAPÍTULO V

5. Propuesta De Mejoramiento O Plan De Acción

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación, y el reconocimiento de la problemática social el cual fue socializada con algunos de los entes municipales y departamentales*, se optó por desarrollarlas en conjunto una estrategia denominada “Espacios saludables para el Adulto Mayor en situación de vulnerabilidad”., pues de esta manera se podía abordar la problemática presentada de una manera más integral, de esta manera para dar una posible solución a las alternativas anteriormente presentadas se presentan 5 propuestas.

*Ver anexos

Propuesta No. 1: Se centra en desarrollar un proceso de sensibilización familiar, e incentivar a las familias a participar en los espacios que genere dicha propuesta. Como lo sustenta la teoría de redes por Tönnies, su precursor, “las personas reciben influencia tanto directa como indirecta de los demás y esto se hace latente en decisiones y hechos de la familia”. (Tönnies, 1912)

De la misma manera involucrar a la familia y dar a conocer sus responsabilidades permitirá que los parientes se apropien de sus obligaciones y estén más pendientes en todos los aspectos del Adulto Mayor. (Boyle, 2011)

Partiendo de lo expuesto, Álvarez y Puñales expresan que “Las redes sociales de un individuo, corresponden a todas las relaciones significativas que establece a lo largo de su vida, estas redes se conforman por: familia, amigos, compañeros de trabajo, personas de su comunidad y miembros de las instituciones educacionales, asistenciales y comunitarias”. (sepulveda, 2015)

Por su parte, Jiménez argumenta que “la red social favorece muchas de las actividades cotidianas que se relacionan con la calidad de vida. La red social ayuda a establecer actividades

positivas para el sujeto: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de seguimiento de tratamientos médicos, etcétera. (JIMÉNEZ, 2002)

Al tener un sistema de apoyo como una red social sólida, la vulnerabilidad a las enfermedades es muy baja y la posibilidad de recuperación en cualquier enfermedad es mayor que cuando la persona no cuenta con redes sociales consistentes, es decir, cuando la persona se aísla”.

Propuesta No. 2: Está enfocada en la capacitación de la población trabajadora con el fin de dar cumplimiento a dos objetivos.

- ➔ El primero consiste en implementar un servicio a los Gerontes, para esto se hace necesario socializar los Deberes y Derechos de los Adultos Mayores.

- ➔ El segundo objetivo se enfoca en dar a conocer los protocolos a implementar. Se pretende que los trabajadores se concienticen de la importancia de proteger su cuerpo de todo agente externo contaminante que pueda afectar su salud.

Propuesta No. 3: Se orientó hacia la consecución de recursos externos mediante la elaboración de un proyecto Social. Este se socializará con los entes del estado para que estos posteriormente hagan parte de su ejecución.

Propuesta No. 4: Se encamina hacia la organización administrativa con fundaciones y la administración municipal. Para ello se diseñará y pondrá en marcha acciones como: el buzón de sugerencias, la elaboración de carpetas con historia social de los Gerontes. Igualmente, la creación del programa “Espacios saludables para el Adulto Mayor en situación de vulnerabilidad” y hacer el trámite para gestionar estudiantes universitarios en proceso de práctica del área deportiva, recreativa, psicología, medicina entre otras.

A continuación, se presenta la propuesta de intervención partiendo del objetivo general de la práctica el cual es: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores residentes en el barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba, por medio de una propuesta de intervención que les permita alcanzar un bienestar integral.

CUADRO 2 Propuesta

PROPUESTA: MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL BARRIO 20 DE ENERO DEL MUNICIPIO DE VALENCIA CORDOBA			
RESÚMEN DE LA PROPUESTA	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	HIPÓTESIS
Fin: Fomentar el bienestar integral del Geronte Del barrio 20 de enero.	Impacto General: El 90% de las acciones propuestas se ejecutan y evalúan en el tiempo Correspondiente a la práctica.	Evaluación cuantitativa y cualitativa.	Permanencia: El proceso continúa y se mejora con el Tiempo.
Propósito: Mejoramiento en los Procesos relacionados con el bienestar del Adulto Mayor si y no institucionalizado.	Efecto Directo: El 90% de las acciones destinadas para mejorar el bienestar del Adulto Mayor tienen relevancia positiva.	Encuesta a los Adultos Mayores y familiares del barrio 20 de enero. Informe gráfico del Proyecto.	Continuidad: El comité administrador de esta propuesta propende por el alcance y evaluación de logros a largo plazo.

Fuente: Vásquez 2018b

Cronograma De Actividades Cronograma De Actividades

CUADRO 3 Cronograma de actividades

NOMBRE DE LA PROPUESTA	ACTIVIDAD A REALIZAR	MES																
		OCTUBRE 2018				NOVIEMBR E 2018				DICIEMBR E 2018				ENERO - 2019				
		SEMANA																
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Propuesta con la Familia de los Adultos Mayores no institucionalizados.	Concientización a las familias sobre la importancia del contacto permanente con el Adulto Mayor.																	
	Realización de un trabajo Social de caso con las familias de los adultos mayores que requieren de una atención especial.																	
	Socialización del Manual de convivencia con familias del Adulto Mayor del barrio 20 de enero.																	
Propuesta con los Gerontes que no cuentan con el apoyo familiar.	Búsqueda de información sobre proyectos.																	
	Elaboración del Marco teórico.																	
	Delimitation de la propuestas.																	

Fuente: Vásquez 2018b

CUADRO 4 Cronograma de actividades

NOMBRE DE LA PROPUESTA	ACTIVIDAD A REALIZAR	MES															
		OCTUBRE 2011				NOVIEMBRE 2011				DICIEMBRE 2011				ENERO - 2012			
		SEMANA															
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Capacitación de la población trabajadora.	Socialización a los Adultos Mayores Que trabajan para su sustento.																
	Capacitación sobre protocolos a realizar.																
Proyecto para gestionar recursos externos.	Formulación del Proyecto de Gestión de recursos.																
Proyecto de Organización Administrativa.	Elaboración del buzón de sugerencias.																
	Seguimiento al registro de visita familiar.																
	Organización de la base de datos de los Gerontes.																
	Organización de la base de datos de las necesidades.																
	Gestión de estudiantes en prácticas para actividades Con los Adultos Mayores.																

Fuente: Vásquez 2018b

Costo Aproximado De La Propuesta

CUADRO 5 Presupuesto

Propuesta “Espacios Saludables Para El Adulto Mayor En Situación De Vulnerabilidad”		Costo por mes				
No	COMPONENTE	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
1	Establecimiento	\$1.255.000	\$1.255.000	\$1.255.000	\$1.255.000	\$1.255.000
2	Administración	\$2.825.000	\$3.000.000	\$3.000.000	\$3.000.000	\$3.225.000
3	Psico-medica	\$ 4.855.000	\$5.225.000	\$6.225.000	\$6.225.000	\$6.825.000
4	Sociocultural	\$2.355.000	\$2.805.000	\$3.000.000	\$3.000.000	\$3.500.000
5	Recreativa	\$1.500.000	\$1.500.000	\$1.500.000	\$1.500.000	\$1.500.000
6	Terapia ocupacional	\$800.000	\$800.000	\$800.000	\$800.000	\$1.000.000
7	Servicios	\$600.000	\$600.000	\$600.000	\$600.000	\$600.000
8	Total	\$ 14.190.000	\$15.185.000	\$16.380.000	\$16.380.000	\$17.455.000

Fuente: Vásquez 2018b

Por lo tanto, el costo económico total de esta propuesta que se sustenta en el enfoque de Derechos, en la teoría de redes, la teoría del medio socio ambiental y a la teoría de la actividad, expuestos en el desarrollo del presente documento se plantea a continuación.

Valor total de la propuesta: **\$79,590.000 MLC**

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES

Abordar el tema de la Vejez implica hacer un estudio integral del Adulto Mayor, esto es un abordaje multidimensional e interdisciplinario que comprenda los aspectos físicos, mentales, espirituales, sociales y culturales.

En la etapa de la vejez se necesita el cuidado, la protección y calor humano de parte de la familia y de las personas que atienden a los Adultos Mayores ya sea en cada hogar o en lugares destinados para tal caso.

Para los entes municipales (desarrollo comunitario, secretaria de salud, ICBF, comisaria de familia) es importante mantener un plan de trabajo con las familias de los Gerontes, ya que es de suma importancia que el Adulto Mayor esté respaldado emocional y físicamente por una red social; ya sea su familia, sus amigos o la sociedad.

Es importante analizar al Adulto Mayor desde una perspectiva amplia incluyendo el contexto que le rodea y las características individuales de cada Geronte, de esta manera se evita sacar conclusiones apresuradas.

Cuando el estado no establece una política de funcionamiento desde el principio en términos de la responsabilidad de los familiares, estos descuidan sus obligaciones económicas y afectivas, y se generan conflictos entre los programas sociales y la familia.

Una de las causas de baja asistencia de la familia a los adultos mayores se debe a que muchas de ellas son personas con familias numerosas y dificultades económicas para el cumplimiento de las necesidades del Geronte.

Desde la especificidad profesional del Trabajo Social enfocado a la salud integral se puede contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores, pero es importante que el profesional esté capacitado para comprender en su complejidad la situación por la que estos atraviesan.

Aunque hace falta la figura de Trabajo Social enfocado a la salud integral en la población adulto mayor del barrio 20 de enero del municipio de Valencia Córdoba para orientar a los estudiantes en práctica esta se convierte en una oportunidad para tener autonomía en las actividades a realizar.

La experiencia con la realización de esta propuesta permitió fortalecer los conocimientos adquiridos durante la carrera de Administración De La Seguridad Social En Salud porque se vinculan los elementos teóricos y prácticos.

6.2 RECOMENDACIONES

Involucrar a los estudiantes en práctica de trabajo Social en estos procesos referentes al Adulto Mayor para que se dé continuidad a los procesos iniciados y continuar el trabajo con las familias de los Gerontes del barrio 20 de enero e incluso del municipio de Valencia en general.

Igualmente, la invitación se extiende a empezar a hacer uso de los documentos trabajados, como son el estudio socioeconómico, el acta de compromiso y el manual de deberes y derechos. También incluir en la hoja de vida de las personas a emplear y los soportes de capacitaciones que vaya obteniendo.

Es importante tener conocimiento acerca del proceso de envejecimiento de los seres humanos para que en la vejez se pueda aceptar esta realidad de una forma menos traumática y considerarla como un proceso natural de las personas.

REFERENCIAS

1850, l. (julio de 2017). *ley 1850* . Obtenido de

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

Adelantado, J. (2006). *es una disciplina científica y una intervención política dedicada a estudiar e intervenir públicamente en las consecuencias materiales y morales del siempre desigual desarrollo de las sociedades modernas*. Obtenido de

<https://campus.usal.es/~dpublico/areacp/materiales/6.2.laspoliticassociales.pdf>

Alvarado, A. (2012). *Significado que le atribuye el adulto mayor a vivir con dolor crónico Tesis doctoral en Enfermería*. Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002

Ander, E. (2004). *Concepto De Trabajo Social Segun Autores Como Gordon Hamilton*.

Obtenido de <https://www.monografias.com/docs/Concepto-De-Trabajo-Social-Segun-Autores-Como-FKY8BUFC8GNZ>

Bazo, R. M. (2011). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. Obtenido de

<http://books.google.com.co/books?id=29DbLUc5x50C&pg=PA79&lpg=PA79&dq=En+cuanto+a+la+geronto>

Boyle, C. (Diciembre de 2011). *La familia de Engels y la teoría de redes sociales*. Obtenido de

<http://escoladeredes.net/profiles/blogs/la-familia-de-engels-y-la>

Clemente, M. (2001). *Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento*

Humano. Revista del Centro interamericano de investigaciones Psicológicas y Ciencias afines.

Hernández. (2003). *investigacion cuantitativa* .

JIMÉNEZ. (2002). “*Cuidando a los cuidadores: Familiares de pacientes con infección renal crónica. Hospital General Tacuba del ISSSTE*”. México.: UNAM.

López, E. (2015). *Los problemas psicológicos no son enfermedades*. Obtenido de <https://www.efesalud.com/los-problemas-psicologicos-no-son-enfermedades/>

López, F. (1994).

Meraz, L. C. (2009). *Salud integral, ¿qué significa?* Obtenido de <http://www2.esmas.com/salud/salud-natural/667825/salud-integral-que-significa/>

Ministerio. (agosto de 2018). *Entornos Saludables*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/entornossaludables.aspx>

Montoro, M. A. (2006). *Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios*. .
Obtenido de <http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo20.pdf>

MUNICIPAL, P. D. (2016). *Por Amor A Mi Gente Gerencia Social Y Progreso Para Valencia*.
Valencia Cordoba .

Peñailillo, A. (2011). *Derechos Humanos y Políticas de Protección Social del Adulto Mayor*.
Obtenido de <http://search.conduit.com/ResultsExt.aspx?ctid=CT2696792&q=Derechos+Humanos+y+Pol%C3%ADticas+ de+Protecci%C3%B3n>

Ramos, O. P. (1999). *Gerontología y Geriátría. Breve resumen histórico*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.pdf

Salud, M. D. (2018). *Envejecimiento y Vejez*. Obtenido de

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

sepulveda, c. (2015). *Atención Integral En Salud Del Adulto Y Adulto Mayor*.

T-089/13, S. (2008). *Derecho Fundamental A La Salud De Persona De La Tercera Edad*.

Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-089-13.htm>

Tönnies, F. (1912). *Ferdinand Tönnies: comunidad y sociedad*. Obtenido de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-13242011000200003

ANEXOS

ANEXO1: Cuestionario utilizado en la investigación cuantitativa

ENCUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA POBLACION ADULTO MAYOR DEL BARRIO 20 DE ENERO MUNICIPIO DE VALENCIA CORDOBA

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA ENCUESTA.

ADOLMAR PUEBLES CANO CC 15670513 TELEFONO 3226377869 NIVEL SOCIOECONOMICO 1.

1. TIPO DE VIVIENDA Propia.
2. CUANTAS PERSONA VIVEN EN EL HOGAR 4.
3. SON POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO Si.
4. CUANTOS MUJERES MAYORES DE 57 HAY X TRABAJA NO.
5. ASI HAY NOMBRE Y CEDULA
DOMINGA CANO MIRANDA CC 45544277.
6. EDAD 74. TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD NO.
7. ESTA INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____
8. CUANTAS HOMBRES MAYORES DE 63 HAY _____ TRABAJA _____
9. ASI HAY NOMBRE Y CEDULA
_____ CC _____
10. EDAD _____ TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD _____
11. ESTA INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO _____
12. TIENE CARNEN SALUD NO _____ SI X EPS CAPA COPILA
13. QUIEN SE ENCUENTRA A CARGO DEL ADULTO MAYOR Hijos
14. TIENE SERVICIOS. FUNEBRES Si
15. PADESE DE ALGUNA EMFERMEDAD NO X SI _____ CUAL _____
16. CONSUME MEDICAMENTOS RESETADOS Si
17. CON QUE FRECUENCIA VA AL MEDICO EL ADULTO MAYOR CAIDA AÑO
18. UTILIZA AYUDA TECNICA NO X SI _____ CUAL _____
19. REALIZA ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO (FISICAS, PSICOLOGICAS; RECREATIVAS) NO.
20. ESTARIAN DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO EN LA COMUNIDAD QUE TRATE DE LA A TENCION AL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. _____

ENCUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA POBLACION ADULTO MAYOR DEL BARRIO 20 DE ENERO MUNICIPIO DE VALENCIA CORDOBA

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA ENCUESTA.

MANA DEACE VELAZQUEZ CC 26217187 TELEFONO 3107350608 NIVEL SOCIOECONOMICO 1.-

1. TIPO DE VIVIENDA Propia
2. CUANTAS PERSONA VIVEN EN EL HOGAR 2.
3. SON POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO SI
4. CUANTOS MUJERES MAYORES DE 57 HAY X TRABAJA NO.
5. ASI HAY NOMBRE Y CEDULA _____ CC _____
6. EDAD 61 TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD _____
7. ESTA INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X
8. CUANTAS HOMBRES MAYORES DE 63 HAY X TRABAJA SI
9. ASI HAY NOMBRE Y CEDULA Julio Mercedes VIDAL CC 15664272.
10. EDAD 65 TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD Visual.
11. ESTA INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____
12. TIENE CARNEN SALUD NO _____ SI X EPS Empisalud. Los bos.
13. QUIEN SE ENCUENTRA A CARGO DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTOS.
14. TIENE SERVICIOS FUNEBRES SI
15. PADESE DE ALGUNA EMFERMEDAD NO _____ SI X CUAL DIABETES.
16. CONSUME MEDICAMENTOS RESETADOS SI
17. CON QUE FRECUENCIA VA AL MEDICO EL ADULTO MAYOR 2 meses.
18. UTILIZA AYUDA TECNICA NO X SI _____ CUAL _____
19. REALIZA ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO (FISICAS, PSICOLOGICAS; RECREATIVAS) SI
20. ESTARIAN DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO EN LA COMUNIDAD QUE TRATE DE LA A TENCION AL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. SI

ENCUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA POBLACION ADULTO MAYOR DEL BARRIO 20 DE ENERO MUNICIPIO DE VALENCIA CORDOBA

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA ENCUESTA.

ANA NEJIA CC 50861608 TELEFONO 321595978 NIVEL SOCIOECONOMICO 1

1. TIPO DE VIVIENDA SI Propia
2. CUANTAS PERSONA VIVEN EN EL HOGAR 4
3. SON POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO SI
4. CUANTOS MUJERES MAYORES DE 57 HAY X TRABAJA NO.
5. ASI HAY NOMBRE Y CEDULA
ANA LENA RAMOS CC 26011652.
6. EDAD 80. TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD SI NO CAMINA.
7. ESTA INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE COLOMBIA MAYOR SI X. NO _____
8. CUANTAS HOMBRES MAYORES DE 63 HAY _____ TRABAJA _____
9. ASI HAY NOMBRE Y CEDULA
_____ CC _____
10. EDAD _____ TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD _____
11. ESTA INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO _____
12. TIENE CARNEN SALUD NO _____ SI X EPS EMPIDALUD
13. QUIEN SE ENCUENTRA A CARGO DEL ADULTO MAYOR ANA NEJIA (Hija).
14. TIENE SERVICIOS FUNEBRES NO.
15. PADESE DE ALGUNA EMFERMEDAD NO _____ SI X CUAL TRONCOCLIS
16. CONSUME MEDICAMENTOS RESETADOS SI
17. CON QUE FRECUENCIA VA AL MEDICO EL ADULTO MAYOR 2 meses.
18. UTILIZA AYUDA TECNICA NO X SI _____ CUAL _____
19. REALIZA ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO (FISICAS, PSICOLOGICAS; RECREATIVAS) NO.
20. ESTARIAN DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO EN LA COMUNIDAD QUE TRATE DE LA A TENCION AL INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. _____

Anexo 2: imágenes de soporte

Reunión Con Entes Municipales



Recolección De Datos Barrio 20 De enero



Muestra Ancianos Con Discapacidad Barrio 20 De enero



Muestra Ancianos Con Familiares



Muestra Ancianos Que Trabajan

