



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO  
LOCAL**

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO  
MAYOR DE LA PARROQUIA EL CHAUPI USUARIOS QUE ACUDEN AL  
SUBCENTRO DE SALUD  
MACHACHI 2009-2010.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MASTER  
EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**AUTORA:**

**LIC. LIDIA SUSANA SUMBA GOMEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MARGARITA CHAVEZ**

**QUITO – ECUADOR**

## **CERTIFICACIÓN**

Dra.

Margarita Chávez

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado "PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA EL CHAUPI USUARIOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD MACHACHI 2010", el mismo que está de acuerdo con lo estipulado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por lo consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, Septiembre del 2010

-----

Dra. Margarita Chávez

## AUTORÍA

Todos las ideas, afirmaciones, documentación y proyecciones que constan en el presente trabajo investigativo, el mismo que ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Quito, Septiembre del 2010

f) -----

Lic. Lidia Susana Sumba

## **CESIÓN DE DERECHOS**

“Yo Lidia Susana Sumba declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del Estado Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Formar parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos y técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad

Quito, Septiembre del 2010

(f) -----

Lic. Lidia Susana Sumba

## **DEDICATORIA**

A las personas que me apoyaron directa o indirectamente la realización de este trabajo, a mi madre quién incondicionalmente me apoyo para hacer posible que este sueño se transforme en realidad, pero lamentablemente tuvo que partir, a mis hijos Micaela , Matías y a mis hermanos quienes tuvieron que sufrir mis ausencias,

-----  
Lic. Lidia Susana Sumba.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero dejar constancia de mi profundo agradecimiento a todos quienes confiaron en mi capacidad y talento.

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia Integral de salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

A la Dra. Margarita Chávez directora de tesis quién con su mística, abnegación y valiosos conocimientos supo guiarme en mi maestría.

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento de gratitud y profundo reconocimiento al Club del Adulto Mayor de la Parroquia El Chaupi, quienes colaboraron e hicieron que se haga realidad este proyecto.

Mi agradecimiento incondicional al Subcentro de Salud El Chaupi, a su personal directivo y equipo de trabajo por su apoyo y colaboración logre culminar satisfactoriamente este trabajo.

-----  
Lic. Lidia Susana Sumba

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
PORTADA .....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	iii
CESIÓN DE DERECHOS .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
1. RESUMEN .....	1
2. ABSTRACT .....	5
3. INTRODUCCION .....	8
4. PROBLEMATIZACION .....	12
5. JUSTIFICACION .....	46
6. OBJETIVOS .....	48
7. MARCO TEORICO .....	50
8. DISEÑO METODOLÓGICO (MARCO LÓGICO) .....	96
9. RESULTADOS .....	106
10. CONCLUSIONES .....	179
11. RECOMENDACIONES .....	183
12. BIBLIOGRAFIA .....	186
13. ANEXOS .....	190

# **1. RESUMEN**



## 1. RESUMEN

El sistema de Salud en el mundo está absorto ante el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conoce 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, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad puede traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable).

El Ecuador no es una excepción ante ese grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para

mantener a esta población activa y participe de la sociedad, motivo por el cual surgió la necesidad de concienciar a la población del Subcentro de Salud El Chaupi.

¿Cómo? Se estableció una línea de base para saber su aspecto socio-demográficos, sus ingresos económicos, situación de salud, y se capacitó a la población del Adulto Mayor y su familia a través de programas educativos, campañas con difusión en la comunidad, efectuando controles de la presión arterial, exámenes de la glucosa, peso, control médico, y seguimiento de su tratamiento. Formando una base de datos que aglomere y organice a la población, educando y concienciando a su familia para mejorar su estilo de vida y evitar complicaciones propias con población adulta y mejorando la calidad de vida de la población.

## 2. ABSTRACT

## 2. ABSTRACT

The system of Health in the world is engrossed before the term or name that receives who belong to the etéreo group that includes people whom they have more than 65 years of age. Generally, it is considered that the adults majors, only by to have reached east rank of age, are what is called pertaining to the third age, or old.

The greater adult happens through a stage of the life that is considered like the last one, in that the life projects already have been completed, being possible power to enjoy than it is of life with greater tranquillity. Usually the people of the third age have stopped working, or rejoice, reason why its level of income decreases in considerable form, which along with the associated problems of health to the age can bring consequences in all the scopes of its life. This situation causes that the people of the third age often are considered like a hindrance for their families, reason why an increasing problem in the present society is the abandonment. Another option often taken consists of the asylums that specialize in their cares (of all ways it has to consider that at present the asylums or houses of rest for the greater adult have been falsified increasingly due to the demand of the market, and the most falsified among these establishments enviable accounts with comforts and cares like spas, gymnasiums, televisions of plasma and others, although by all means the services go in direct relation with their price, that can get to be considerable).

Ecuador is not an exception before that group of people who strongly are discriminated, since the error is committed to consider them like inoperative or incapable, ill or simply old that they cannot fulfill the most basic tasks. Due to the previous thing, the governments and the municipalities have taken care to create specialized policies and centers that worry in special form about the adults majors, being granted to them special benefits in relation to the social services and of health, counting in addition on special activities created especially to maintain to this active populace and contributor of the society, reason by which arose the necessity to bring back to consciousness to the population of the Downtown of Health the Chaupi.

How? A basic line settled down to know its economic aspect sociodemographic, its income, health situation, and her family through educative programs became qualified to the population of the Greater Adult and, campaigns with diffusion in the community, carrying out controls of the arterial pressure, examinations of the glucose, weight, medical checkup, and pursuit of her treatment. Forming a data base that bonds and organizes to the population, educating and bringing back to consciousness its family to improve its style of life and to avoid own complications with adult population and improving the quality of life of the population.

# 3. INTRODUCCION

### 3. INTRODUCCION

El hombre a través de la historia ha invertido un esfuerzo significativo para prolongar sus años de vida y lo ha conseguido, pues observando el índice de la esperanza de vida al nacer, se puede asegurar de que se registra un incremento de cada década gracias a los aportes científicos en el campo de la salud. Sin embargo, en estos momentos las intervenciones destinadas a prevenir y a controlar, condiciones crónicas y enfermedades asociadas a la edad avanzada están en demanda, no solo debido a un imperativo demográfico, sino como resultado de factores como los avances científicos, la migración, la disminución de la tasa de fecundidad, la mejora de la esperanza de vida, que nos pone frente a una población cada vez más creciente que envejece con mayor rapidez.

En el II Congreso Iberoamericano de Geriatria Y Gerontología, que se desarrolló en la ciudad de Quito del 8 al 11 de Noviembre del 2006, se afirma que para el año 2010 se proyecta que el sector poblacional definido como Adulto Mayor, constituirá el 30% de la población general: pero si cuantitativamente ha crecido, existe en el momento actual el afán de alcanzar calidad de vida, que incluye dos complejas categorías: funcionalidad biológica y autonomía social. Sin embargo, en el análisis de la realidad de salud, publicado en el 2005 por el Ministerio de Salud, se menciona:

**“Además en el país se ha experimentado el aumento de la expectativa de vida a un promedio de 74 años que se traduce en el incremento de la población mayor de 60 años lo que demanda mayores recursos económicos para satisfacer sus necesidades y por lo tanto el diseño de nuevos modelos de atención que incorpore a este importante grupo”**

La dimensión organizacional de este grupo poblacional parte de una condición ética y moral, centrada en torno al sujeto como portador de derechos a la vida, a la salud, al bienestar, y por ende al desarrollo.

El proyecto del Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor de la Parroquia El Chaupi, permitirá fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud y poder responder más eficientemente a los problemas de salud prevalente de las personas mayores y consecuentemente, prevenir las discapacidades, con el apoyo de un sistema de salud adecuadamente preparado en especial el talento humano, que es el eje central para poder cumplir el deber ser y la razón de ser.

El proyecto se elaboró en base a una evidencia científica, estudios epidemiológicos y avances tecnológicos contemporáneos los mismos que abordan la valoración clínica, funcional, mental, emocional, nutricional, rehabilitación y social, además las enfermedades prevalentes causantes de la mortalidad en las personas Adultas Mayores.

Este proyecto ayudará a fortalecer y a consolidar la atención integral de calidad y está dirigido al Adulto Mayor de la Parroquia El Chaupi, brindando un modelo de atención comunitaria, familiar e intercultural.

El objetivo primordial de este proyecto es entregar al cliente interno (SCS) y externo (adultos mayores) nuevas estrategias para lograr un mejor modelo de atención.

a) Identificar los estilos de vida y las enfermedades que presenta el Adulto Mayor y los factores que lo producen:

a.1) Identificar los estilos de vida y las enfermedades que presenta el Adulto Mayor y los factores que lo producen.

b) Conformar un equipo de trabajo para garantizar la sostenibilidad del proyecto

c) Establecer actividades de motivación positiva al cliente interno y externo del Subcentro de Salud El Chaupi, durante el año 2010.



- d) Generar la participación comunitaria a través de la formación del Club del Adulto Mayor.
- e) Elaborar un programa educativo sobre la problemática que presenta el Adulto Mayor dirigida a la familia.
- f) Diseñar y ejecutar el plan de seguimiento del Adulto Mayor.
- g) Evaluar el desarrollo del proyecto.

## **4. PROBLEMATIZACIÓN**

#### **4. PROBLEMATIZACION**

Los principios de la solidaridad y universalidad se postulan enmarcados en la equidad; es decir, que los usuarios que poseen iguales necesidades tengan igualdad de oportunidad para el acceso de los servicios de salud asignándoles los mismos recursos y se les brinde una atención preferente a grupos de riesgo como es el caso del Adulto Mayor.

En el II Congreso Iberoamericano de Geriátría, que se desarrolló en la ciudad de Quito se afirma que en el año 2010 se proyecta en el sector de la población definido como adulto mayor constituirá el 30% de la población general, existe en el momento actual el afán de alcanzar calidad de vida, que incluya dos categorías, funcionalidad biológica y autonomía social. Así tenemos que a partir de los 65 años de edad se registra una progresiva emergencia de patologías de modernización crónica degenerativas, cardiovascular, traumatismos, violencia, cáncer, enfermedades mentales, fármaco dependencia, sida etc. Por otro lado, los conocidos problemas del sector están determinados por las limitaciones del liderazgo sectorial que a su vez ha permitido un inadecuado modelo de atención, fragmentación institucional, escasa credibilidad de los servicios públicos, entre otros.

En nuestro país el aumento de esta población ha incrementado gradualmente por lo que se ha convertido en un problema de Salud Pública por lo que considero que es necesario tener una creación de este tipo de estamentos para ayudar a solucionar, si no en su totalidad en una gran parte, apoyando y capacitando a los familiares sobre las ventajas y la creación del mismo haciéndoles partícipes de esta creación.

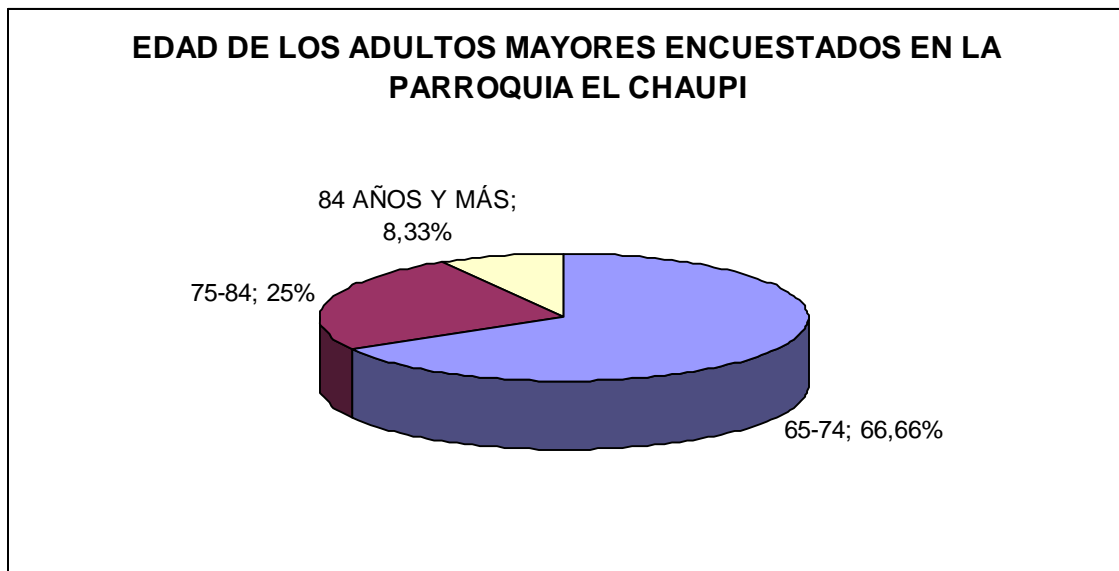
Sin embargo, la situación de Salud, cada día es más decreciente en los servicios de poblaciones en riesgo como es El del Adulto Mayor siendo persistente en zonas Urbano-Marginales y rurales.

En Latinoamérica sus actuales niveles de Salud se sitúan entre los más bajos, lo cual habla de un problema estructural de larga data aún no corregido, determinado por persistentes carencias y desigualdades en la distribución de factores estrechamente vinculados con la Salud, educación, empleo, alimentación y por una severa crisis de cobertura y calidad de los servicios de salud. Este tipo de análisis no se aleja de nuestra realidad.

Las líneas de base del proyecto fueron establecidas mediante una encuesta (anexo 1) realizada a usuarios de la entidad ejecutora y en la comunidad sobre el perfil epidemiológico del adulto mayor en cuanto aspectos socio demográficos, situación de salud que serán explicados a continuación.

## ASPECTOS SOCIO DEMOGRAFICOS.

**GRAFICO N°. 1 EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS EN LA PARROQUIA EL CHAUPI.**



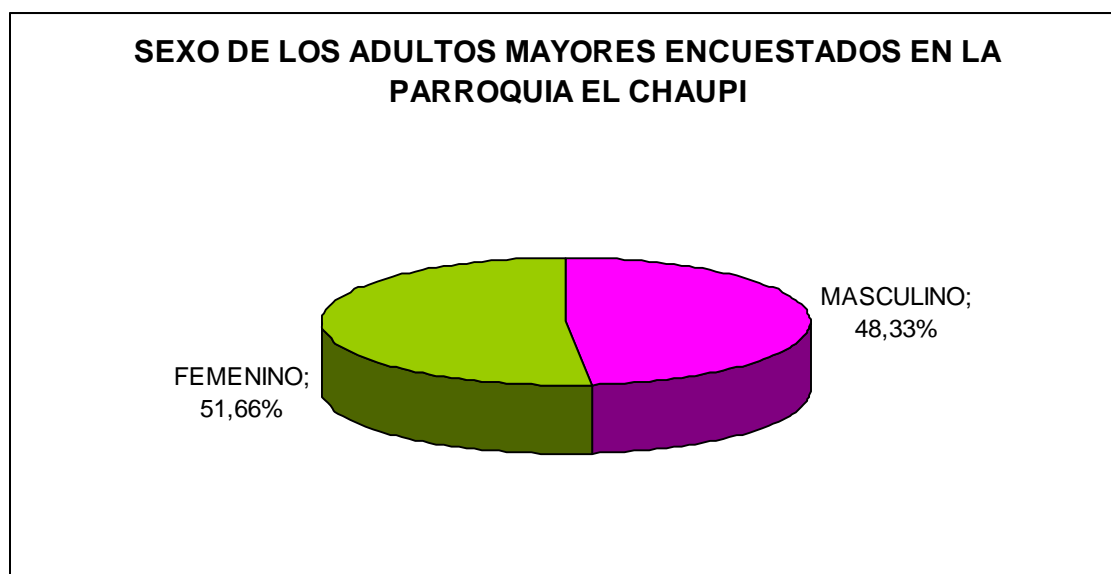
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

### ANALISIS ESTADISTICO

En el grafico anterior se puede observar que el mayor porcentaje de los adultos mayores corresponde al 66.66% a los adultos de 65 a 74 años.

**GRAFICO N°. 2 SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS EN LA PARROQUIA EL CHAUPI**



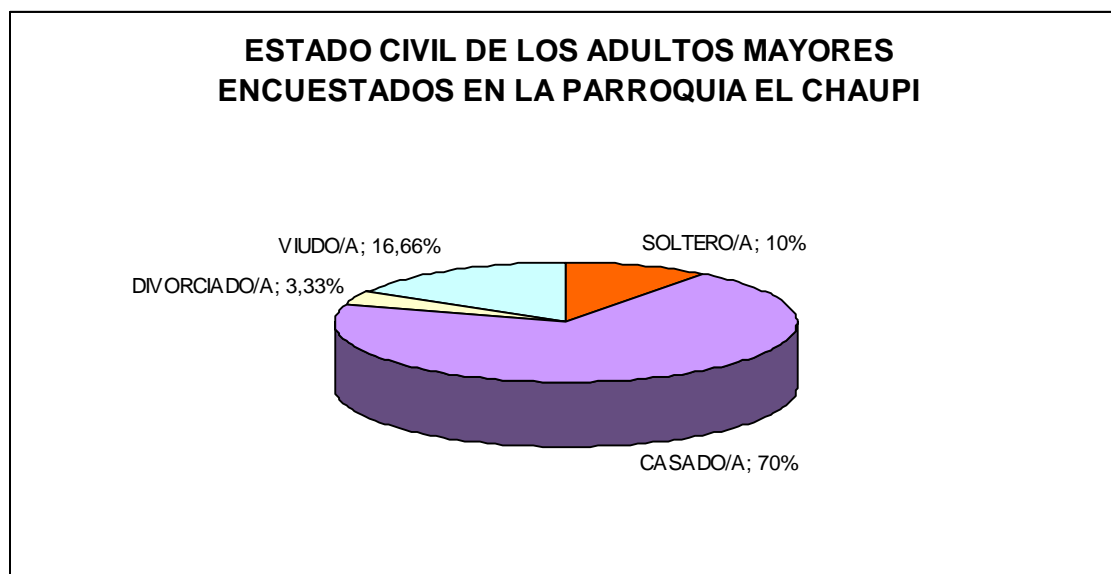
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

Como se puede apreciar en la tabla anterior el género que mas prevalece es el sexo femenino con un porcentaje de 51.66%y el masculino con un porcentaje de 48.33%.

**GRAFICO N°. 3 ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS EN LA PARROQUIA EL CHAUPI**



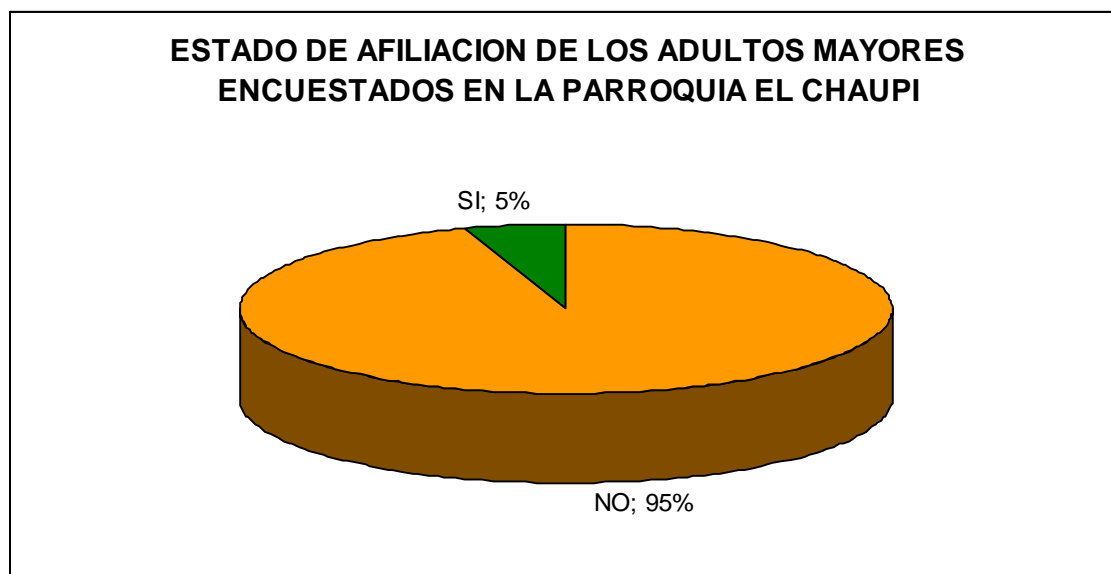
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

En el siguiente grafico se puede evidenciar que el 70% corresponde a personas casadas seguidas por personas viudas con un porcentaje de 16.66%

**GRAFICO N°. 4 ESTADO DE AFILIACION DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS EN LA PARROQUIA EL CHAUPI**



Elaborado: Lic. Susana Sumba

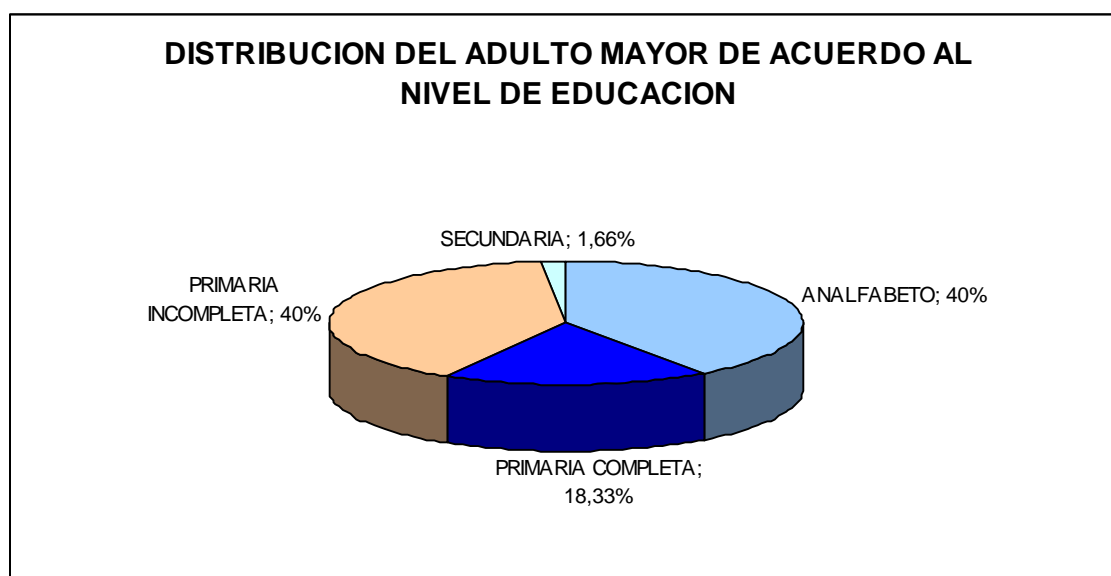
Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

En el siguiente grafico se puede evidenciar que el mayor porcentaje corresponde al 95% de las personas que no son afiliadas al IESS y el 5% si es afiliado.



**GRAFICO N°. 5 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO AL NIVEL DE EDUCACION.**



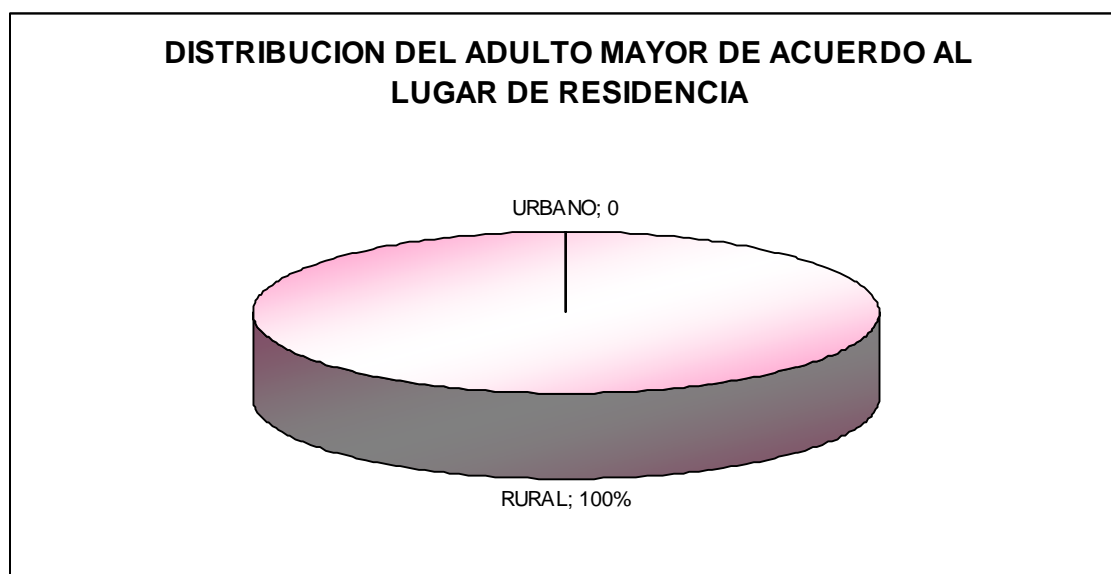
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO.**

El nivel de educación de la población del adulto mayor corresponde a los mayores porcentajes de analfabetismo y primaria incompleta con un porcentaje del 40% de la población.

**GRAFICO N°. 6 DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO AL LUGAR DE RESIDENCIA.**



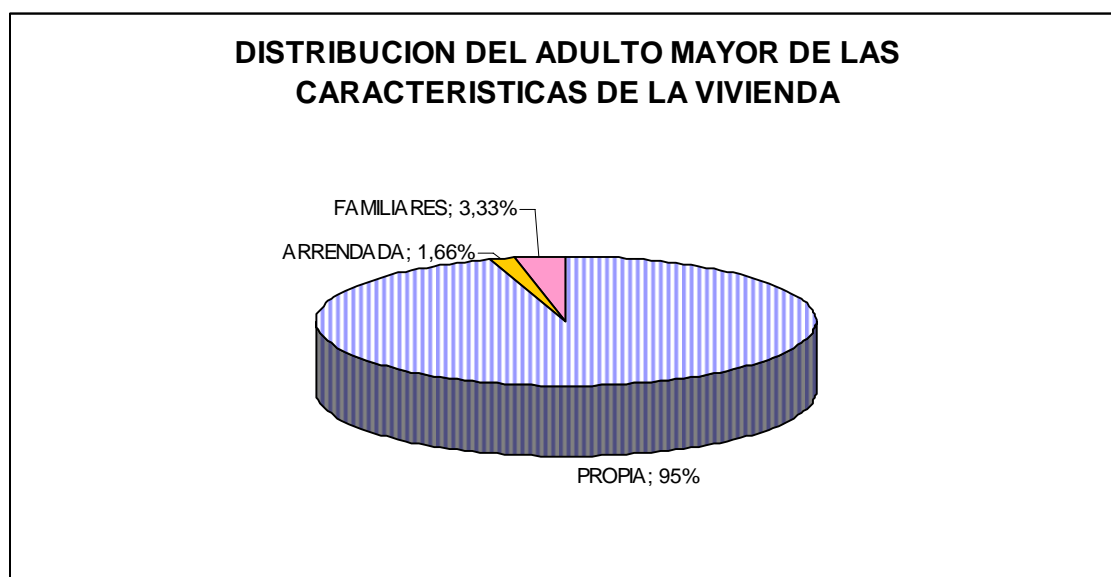
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANÁLISIS ESTADISTICO.**

El lugar de residencia población del adulto mayor corresponde en su totalidad al área rural en un 100%.

**GRAFICO N°. 7 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE LAS CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA**



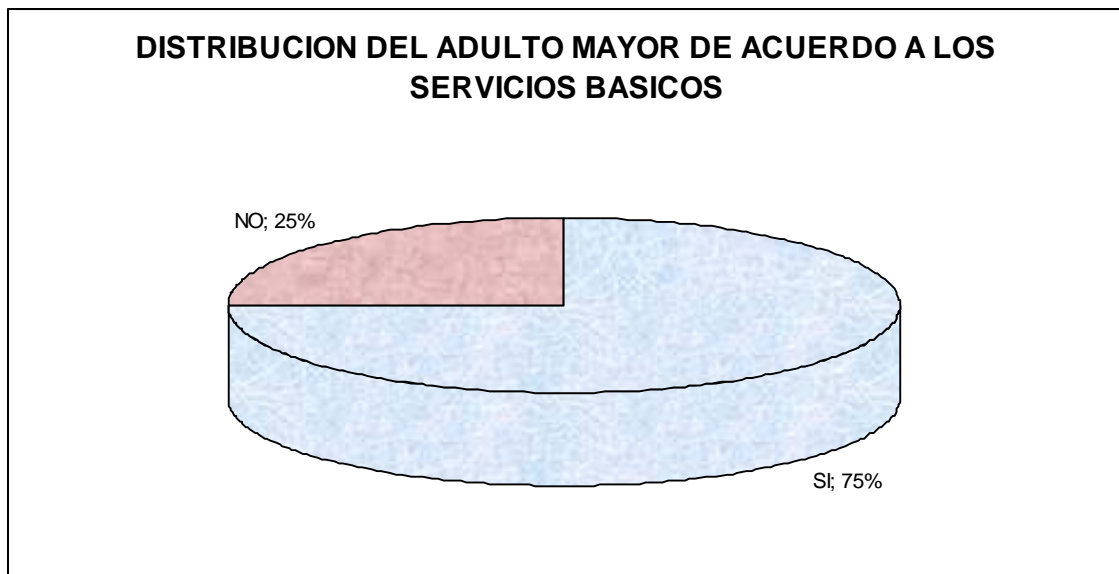
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANÁLISIS ESTADISTICO.**

De acuerdo al grafico podemos determinar que la mayor parte de los adultos mayores poseen vivienda propia con un porcentaje del 95% de la población seguido por la vivienda de familiares con un porcentaje del 3.33%.

**GRAFICO N<sup>RO</sup>. 8 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A LOS SERVICIOS BASICOS.**



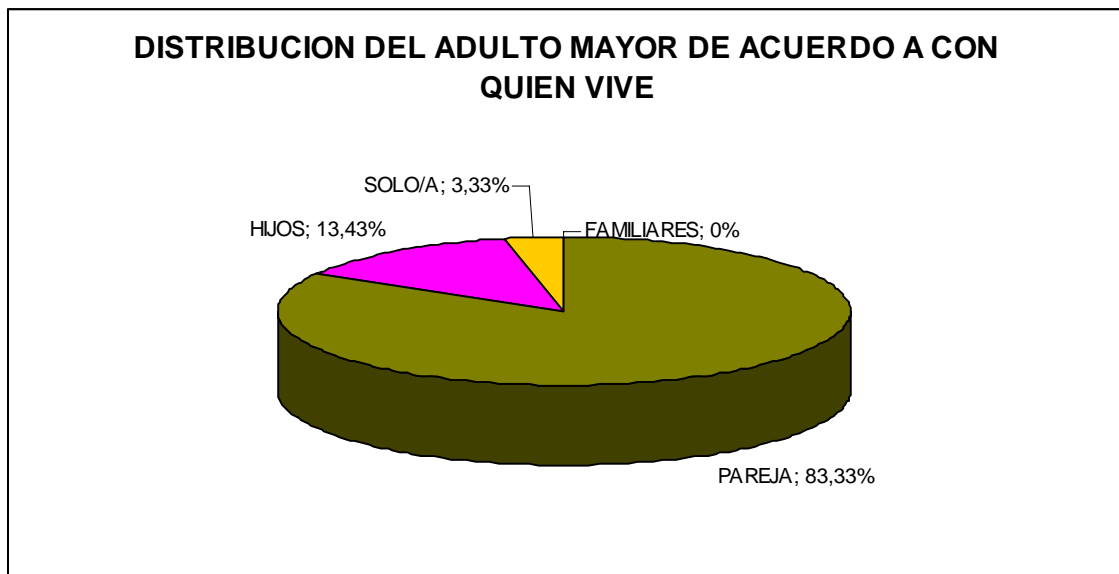
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores cuenta con todos los servicios básicos con un porcentaje del 75% y no cuentan con un porcentaje del 25% de la población.

**GRAFICO N<sup>RO</sup>. 9 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A CON QUIEN VIVE.**



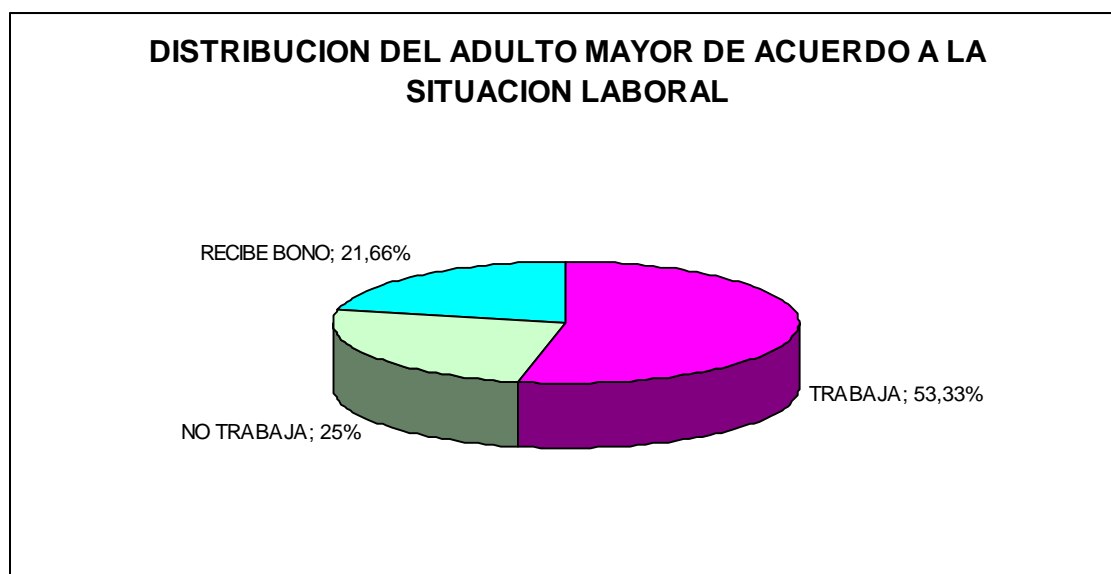
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos viven en pareja en 83.33% mientras el resto vive con sus hijo en un porcentaje del 13.33% y en pequeño porcentaje solos con un 3.33%

**GRAFICO N<sup>RO</sup>. 10 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A LA SITUACION LABORAL.**



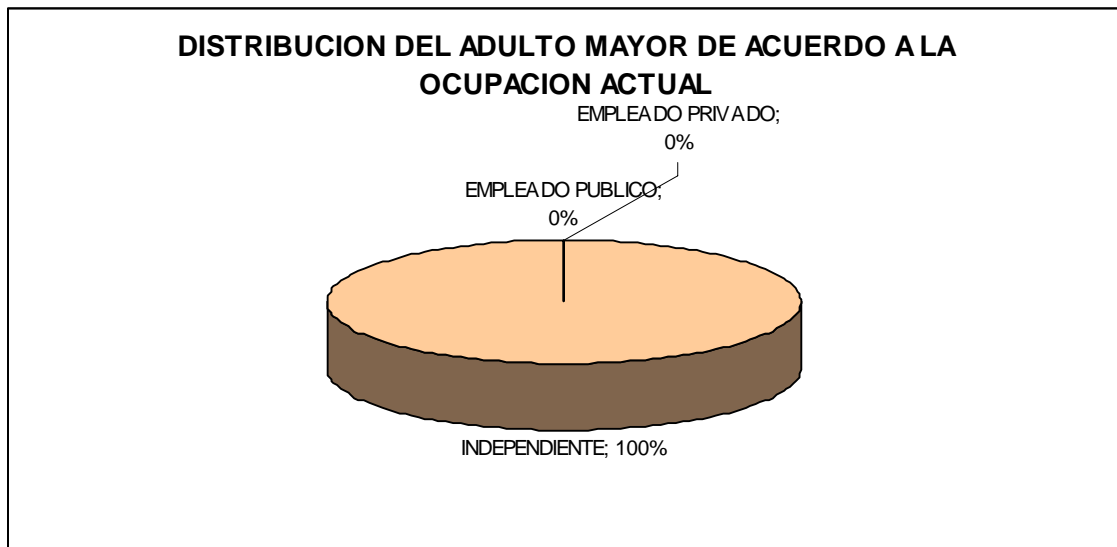
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores trabaja con un porcentaje del 53.33% y no trabaja con un porcentaje del 25% de la población.

**GRAFICO N<sup>RO</sup>. 10 DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN ACTUAL.**



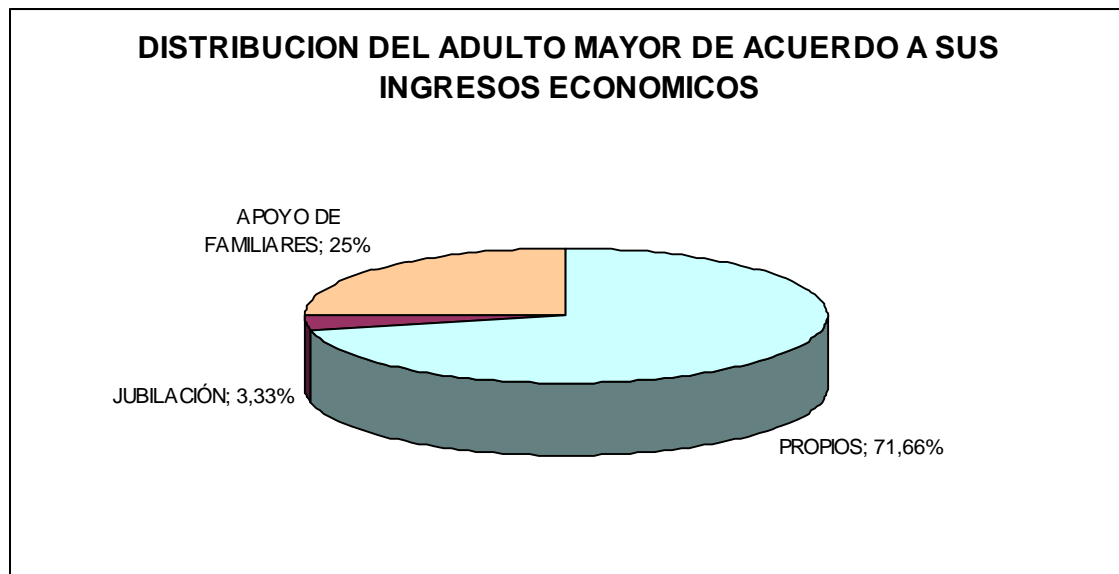
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

De acuerdo al grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores trabajan de forma independiente con un porcentaje del 100%.

**GRAFICO N° 12 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SUS INGRESOS ECONOMICOS.**



Elaborado: Lic. Susana Sumba

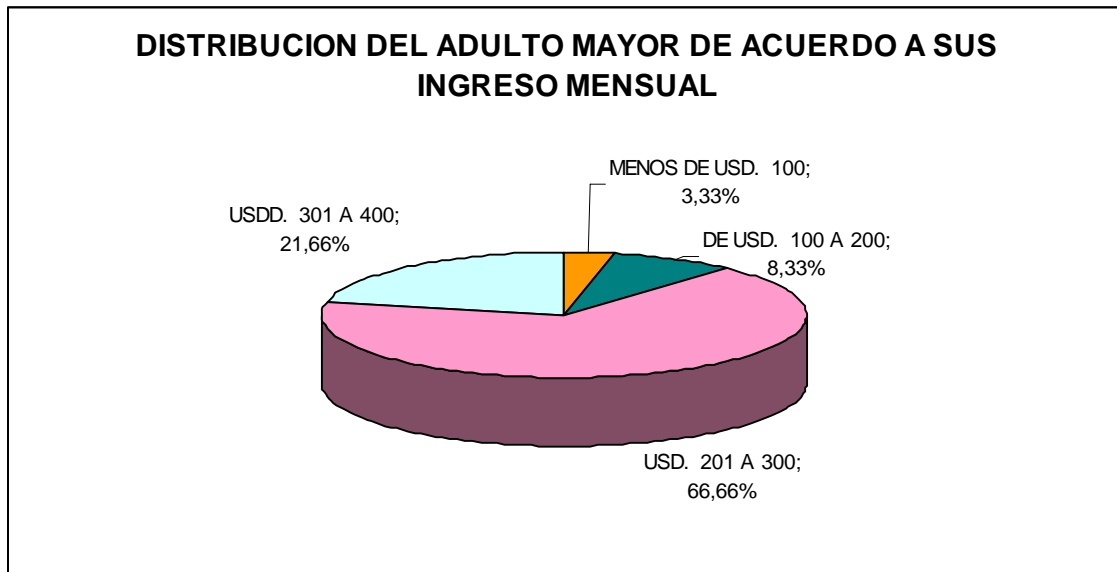
Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores reciben ingresos económicos propios con un 71.66% y apoyo de sus familiares con un 25% de la población, seguidos con un pequeño porcentaje de un 3.33% que recibe sus ingresos por su jubilación.



**GRAFICO N<sup>o</sup> 13 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SUS INGRESO MENSUAL**



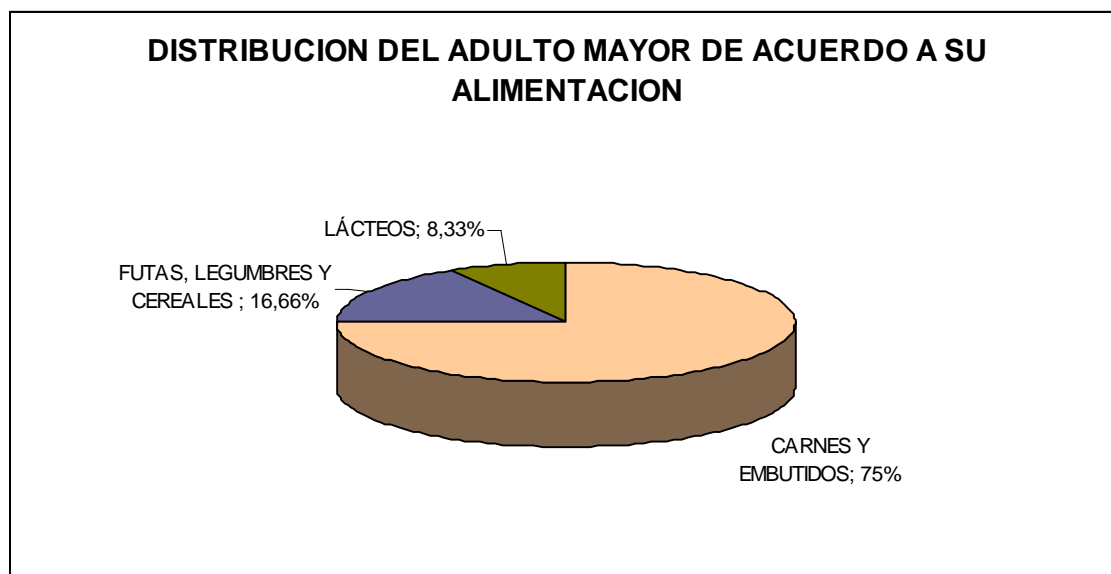
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores reciben ingresos mensuales de 200 a 300 dólares mensuales con un porcentaje del 66.66.

**GRAFICO N° 14 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU ALIMENTACION**



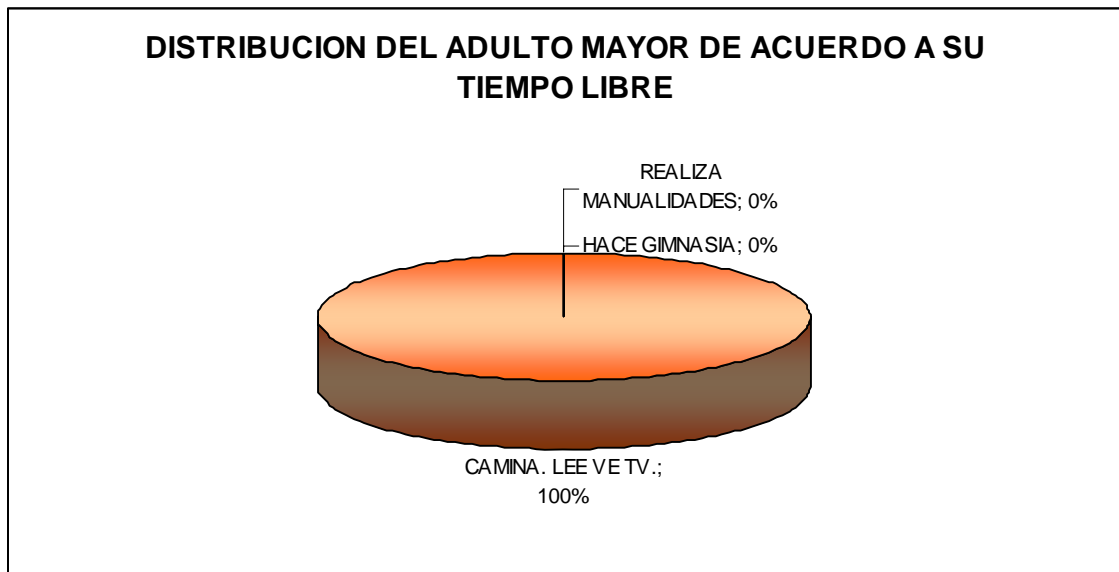
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores consumen carne y sus derivados en un porcentaje del 75% y en un menor porcentaje consumen frutas legumbres y cereales en un 16.66% de la población.

**GRÁFICO N<sup>ro</sup>. 15 DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU TIEMPO LIBRE.**



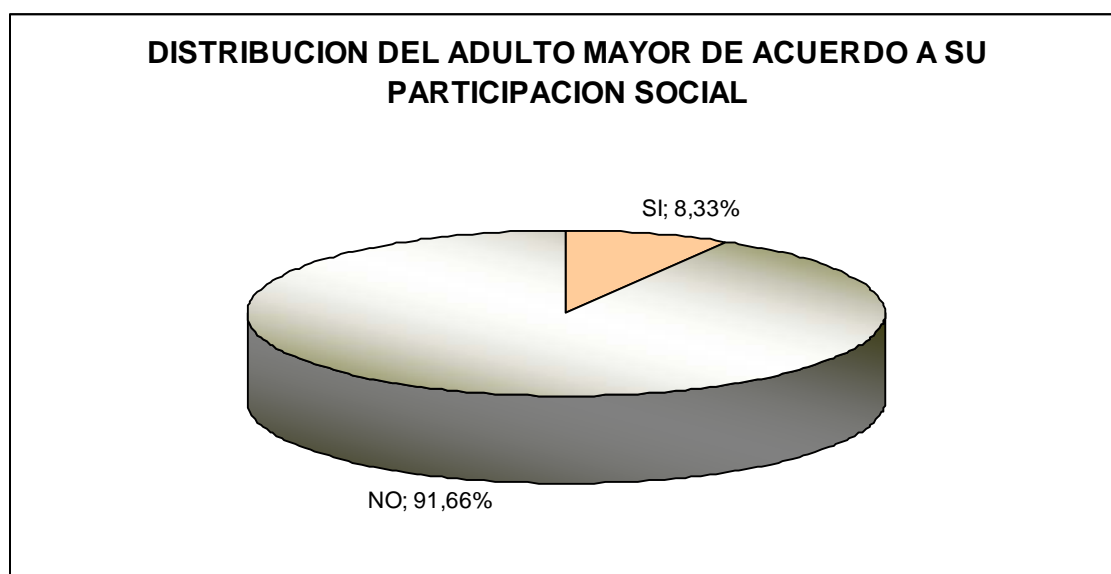
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores realiza actividades de caminar, leer, y miran televisión en un 100% por lo que tienen que trabajar arduamente.

**GRAFICO N° 16 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU PARTICIPACION SOCIAL**



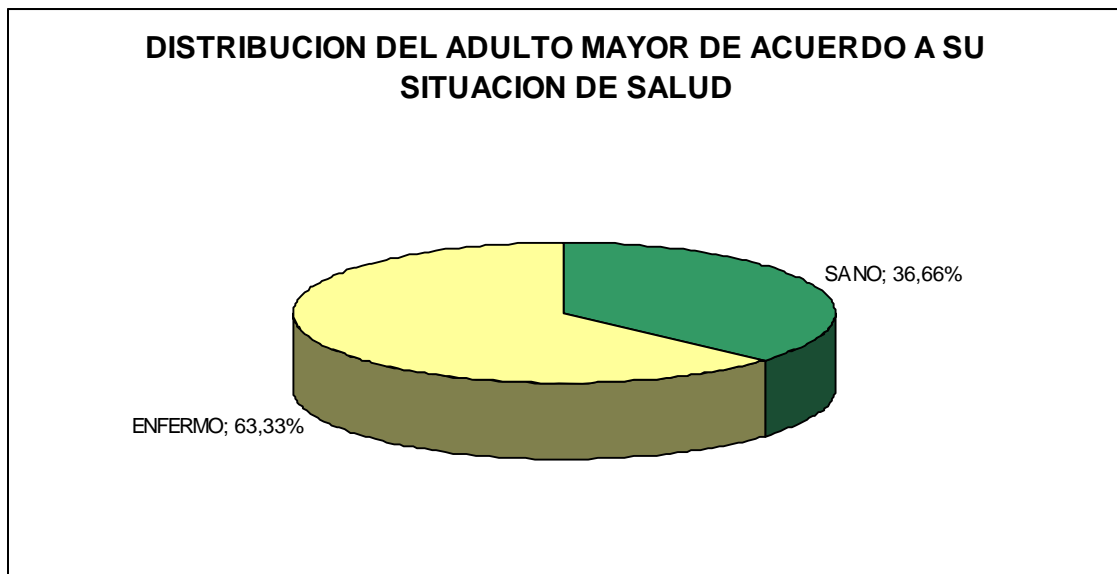
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores no participan en organizaciones sociales con un porcentaje del 91.66 % y en un porcentaje mínimo del 8.33% si participa.

**GRAFICO N° 17 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU SITUACION DE SALUD.**



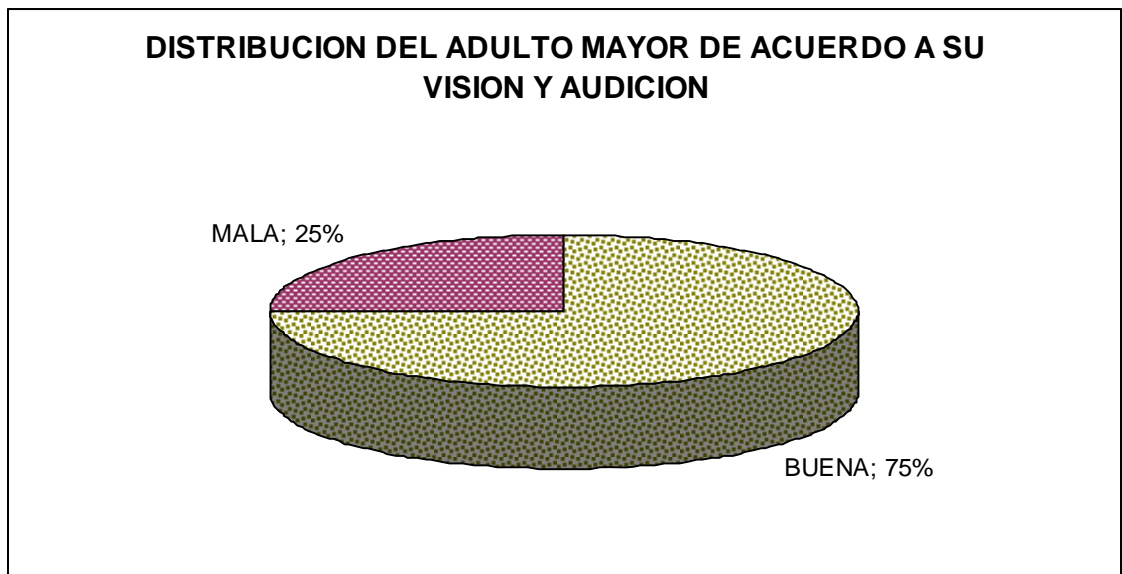
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores padece de alguna enfermedad con el 63.33% y los adultos mayores que se encuentran sanos con un porcentaje del 36.66% de la población.

**GRAFICO N° 18 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU VISION Y AUDICION.**



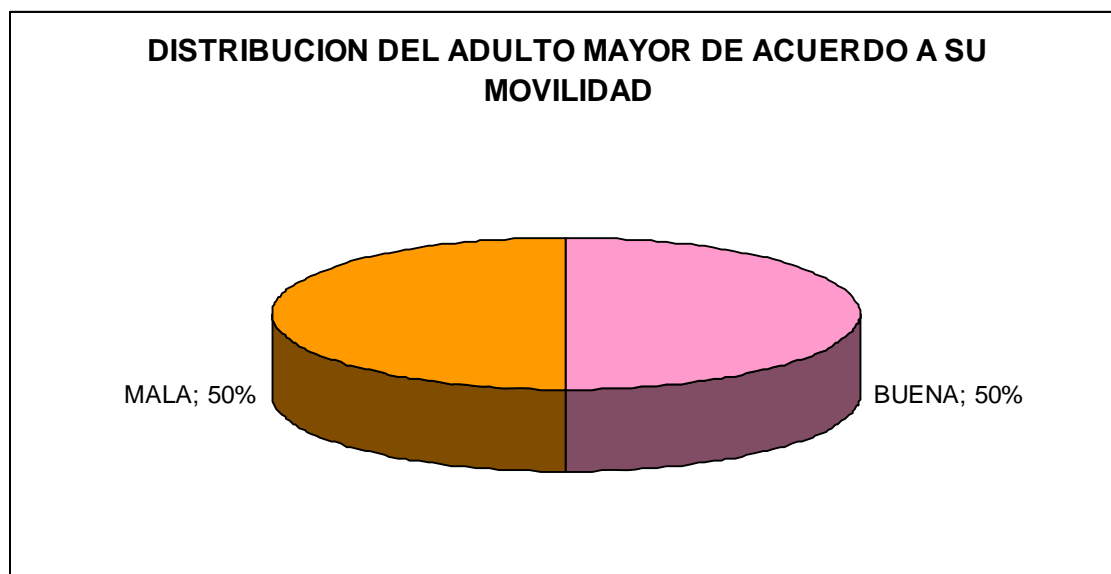
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

### **ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores poseen buena visión y audición con un porcentaje del 75% y tiene mala visión y audición un 25% de la población

**GRAFICO N° 19 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU MOVILIDAD.**



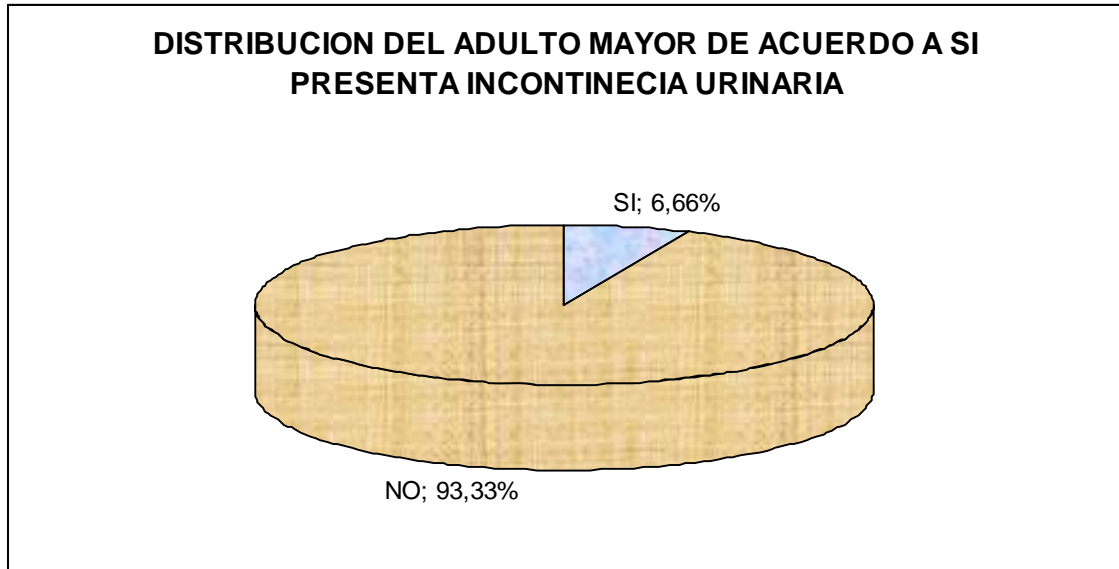
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

### **ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la movilidad por parte de adultos mayores es compartida en un 50% de mala y un 50% de buena movilidad.

**GRAFICO N° 20 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SI PRESENTA INCONTINECIA URINARIA**



Elaborado: Lic. Susana Sumba

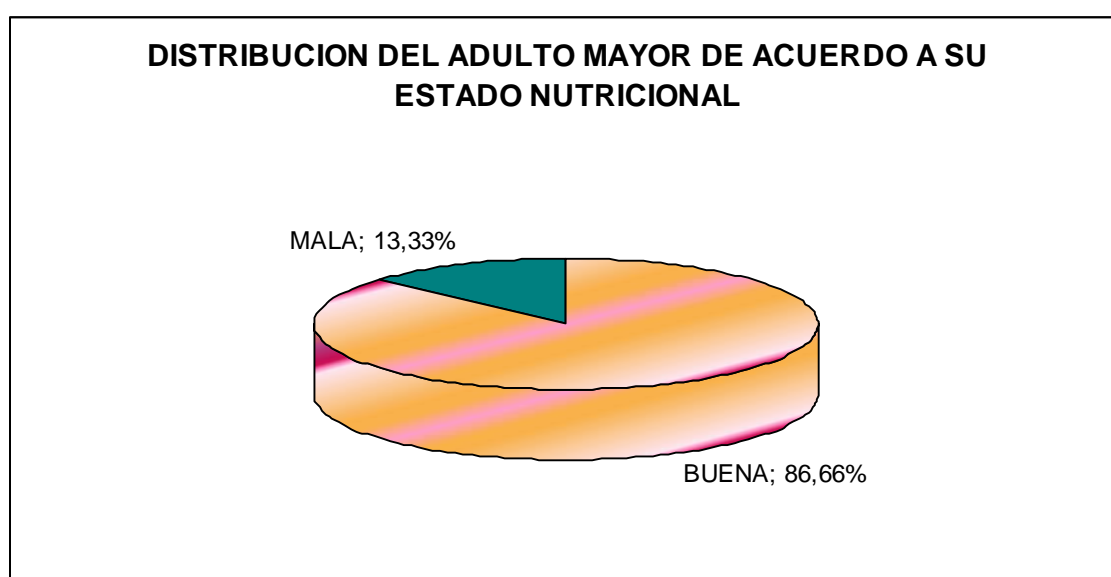
Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la incontinencia urinaria en los adultos mayores es en un menor porcentaje del 6.66%



**GRAFICO N<sup>ro</sup>. 21 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU ESTADO NUTRICIONAL**



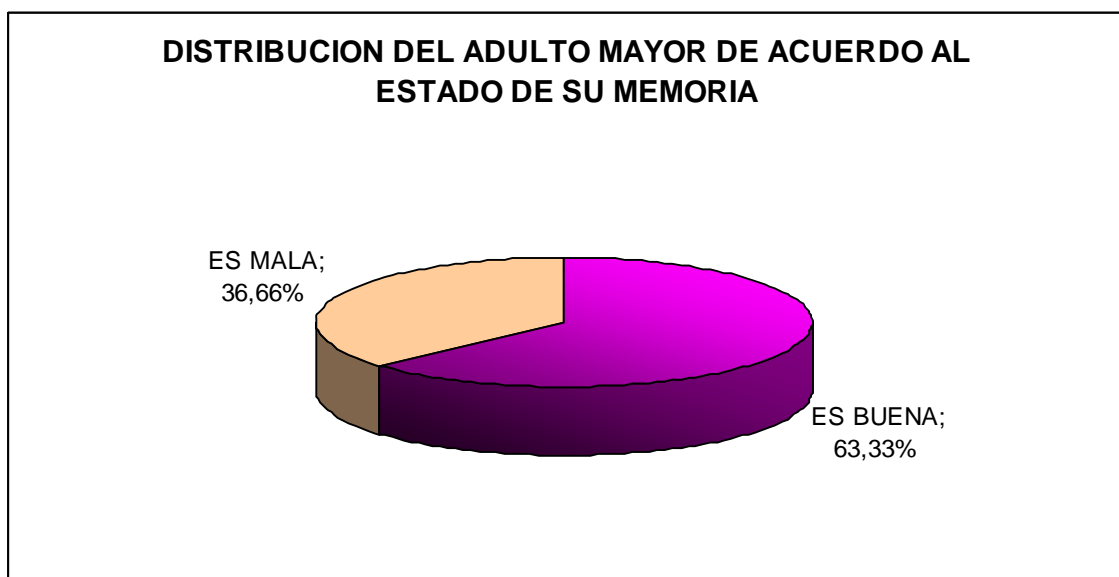
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que el estado nutricional en los adultos mayores es en un buena con un porcentaje del 86.66%.

**GRAFICO N° 22 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO AL ESTADO DE SU MEMORIA**



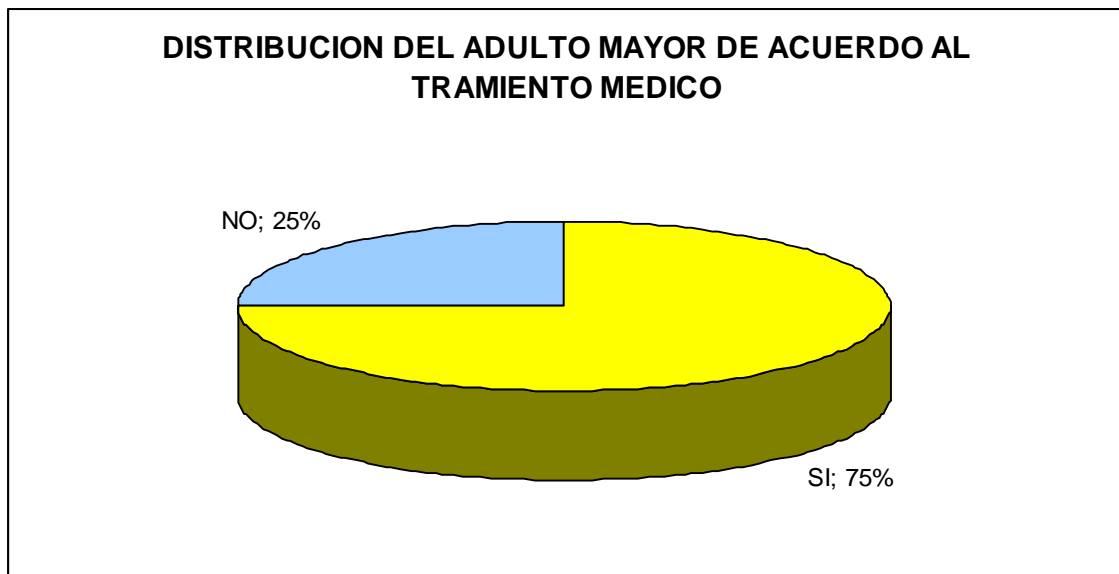
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que el 63.33% de los adultos mayores presenta buena capacidad de memoria y apenas en un 36.66% presentan dificultad para olvidarse las cosas.

**GRAFICO N° 23 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO AL TRAMIENTO MEDICO.**



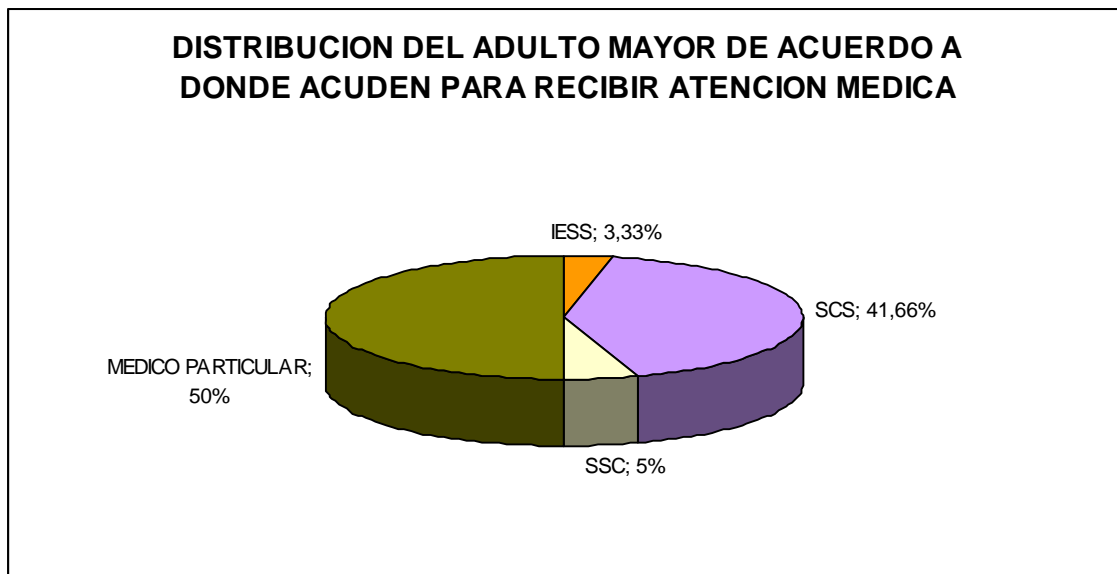
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores reciben tratamiento médico cuando se enferman con un porcentaje del 75% de la población y el 25% restante no acuden donde ningún medico para recibir tratamiento

**GRAFICO N° 24 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A DONDE ACUDEN PARA RECIBIR ATENCION MEDICA**



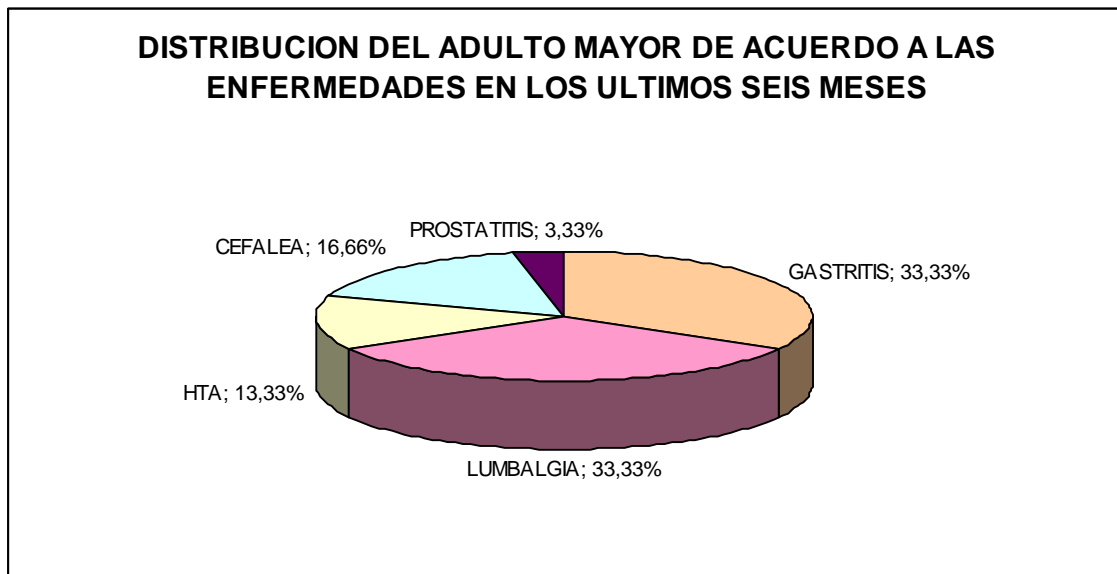
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores reciben tratamiento con el médico particular con un porcentaje del 50% y acuden al sub centro de salud en un porcentaje del 41.66% de la población.

**GRAFICO N<sup>o</sup> 25 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A LAS ENFERMEDADES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES**



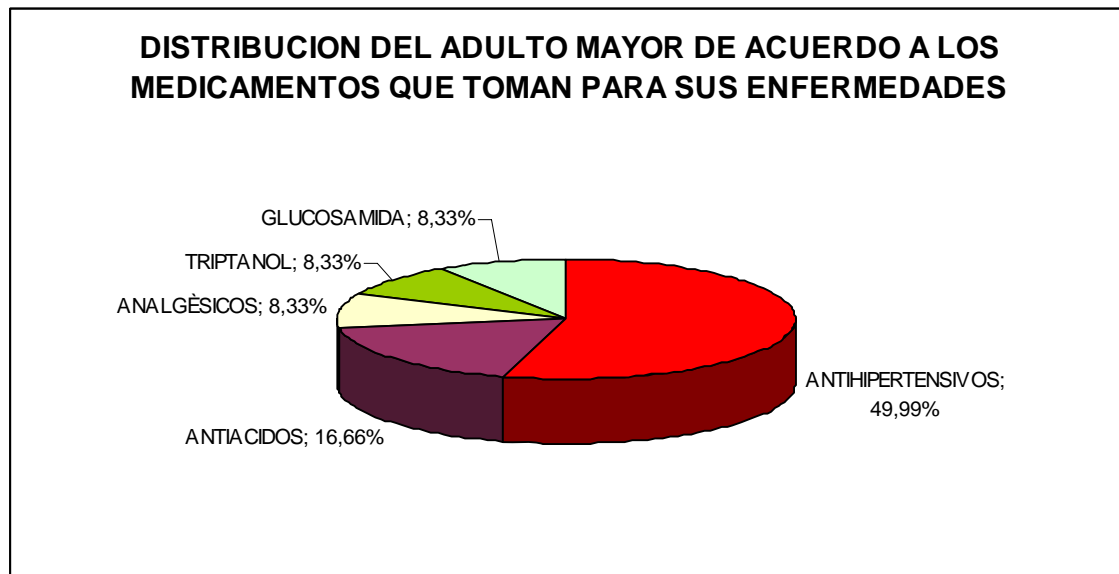
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

En este gráfico observamos que la mayor parte de adultos mayores reciben tratamiento con el médico particular sufre de gastritis y lumbalgia con un 33.33% de la población

**GRAFICO N<sup>o</sup> 26 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A LOS MEDICAMENTOS QUE TOMAN PARA SUS ENFERMEDADES**



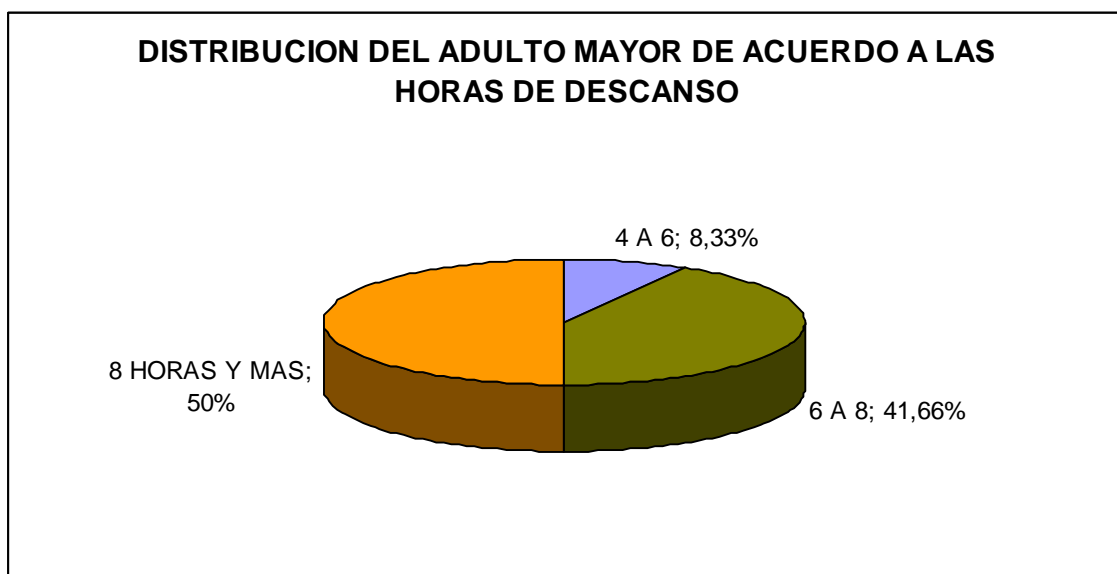
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

En el grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores toman medicamentos Antihipertensivos con el 49.99% y el resto corresponde a medicación analgésica y vitaminas con un porcentaje de 8.33%

**CUADRO N<sup>o</sup>. 27 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A LAS HORAS DE DESCANSO**



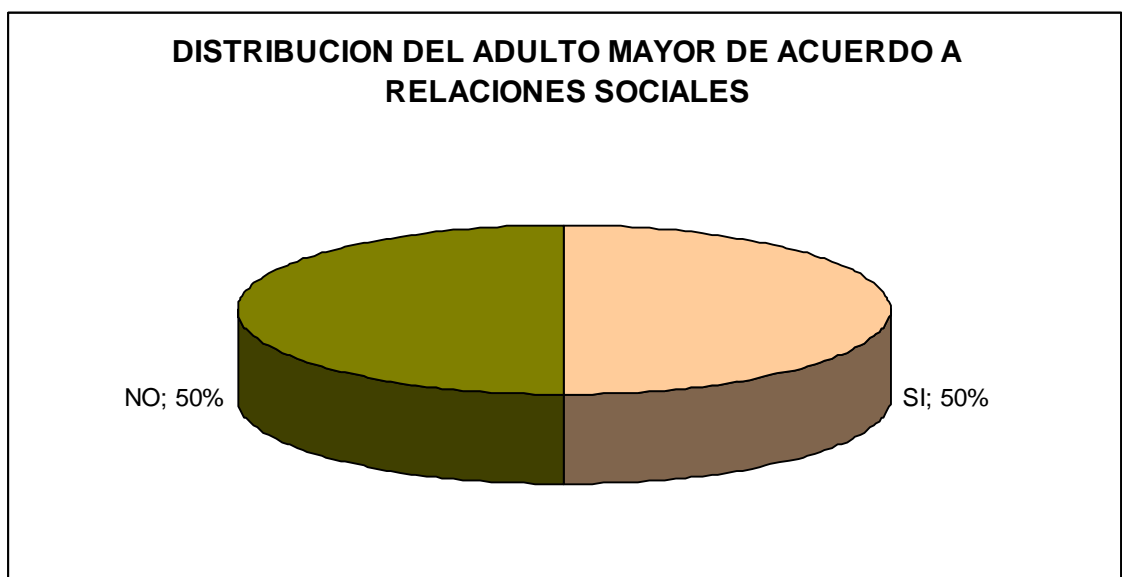
Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que la mayor parte de adultos mayores descansa de 6 a 8 horas diarias con un porcentaje del 50%

**GRAFICO N° 28 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A RELACIONES SOCIALES.**



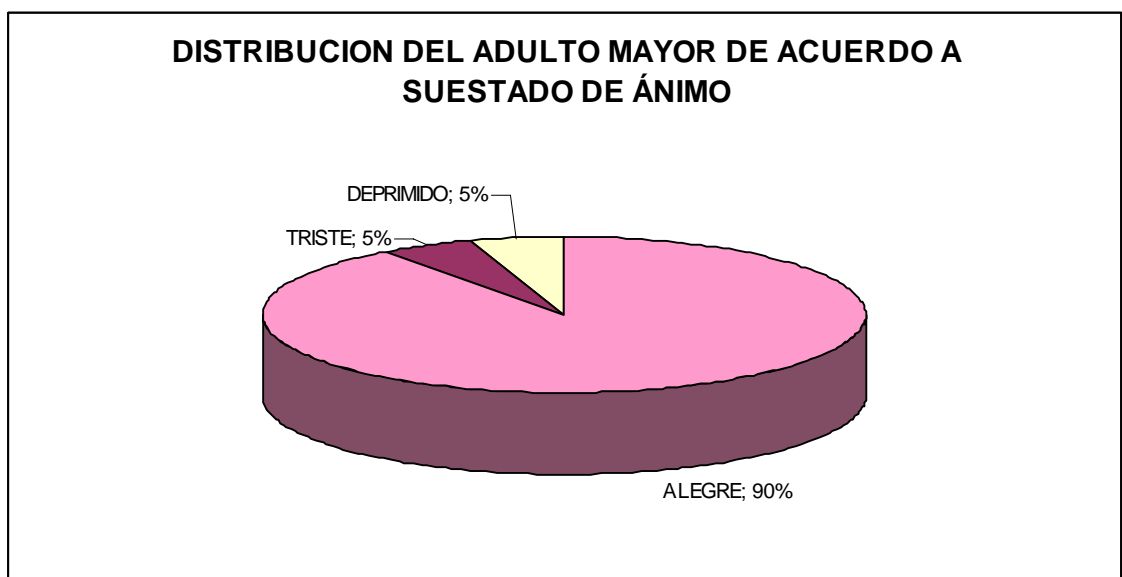
Elaborado: Lic. Susana Sumba  
Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que en un igual porcentaje de adultos mayores se relacionan socialmente.



**GRAFICO N° 29 DISTRIBUCION DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A SU ESTADO DE ÁNIMO.**



Elaborado: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta línea de base

**ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo al siguiente grafico podemos determinar que en un igual porcentaje de adultos mayores está de buen ánimo con el 90%.

## CONCLUSIONES GENERALES

1. Los Adultos Mayores de la Parroquia El Chaupi, de acuerdo al perfil epidemiológico se caracterizan por presentar edades entre los 65 a 74 años con un porcentaje de 66.66%, la mayoría de la muestra son de estado civil casados con un porcentaje de 70% y viven con su pareja e hijos, cabe mencionar que los adultos mayores en un gran porcentaje poseen vivienda propia con todos los servicios básicos.
2. Se puede evidenciar que la gran mayoría de Adultos Mayores no son asegurados, ocupando porcentajes altos entre el 95%, por lo que cuando requieren atención de salud acuden al SCS y a médicos particulares,
3. En cuanto a su nivel de educación el mayor porcentaje es el analfabetismo 40% y la primaria incompleta con un porcentaje del 40%.
4. La situación laboral del Adulto Mayor la mayor parte trabajan de manera independiente con un porcentaje del 53.33%, y un pequeño porcentaje recibe el bono por parte del gobierno y apoyo de sus familiares.
5. Sus ingresos económicos son propios ya que se dedican a la agricultura y ganadería siendo estos ingresos de 300 dólares mensuales con un porcentaje del 66.66% los mismos que son utilizados para satisfacer sus necesidades básicas como alimentación, salud y vestido y recreación.
6. La alimentación es buena y equilibrada
7. El tiempo libre lo utilizan caminando con el porcentaje del 60%, cosa que lo realizan todos los días al realizar sus actividades cotidianas las mismas

que son de 8 horas laborables y el resto de tiempo que les quedan lo utilizan para ver televisión y descansar para el otro día estar nuevamente preparados para afrontar sus actividades diarias.

8. La situación de salud del Adulto Mayor la mayor parte presenta enfermedades con un porcentaje del 63.33%, en cuanto a sus visión, audición y movilidad es buena cosa que lo realizan todos los días al realizar sus actividades cotidianas en el campo.
9. Cuando necesitan atención médica acuden la gran mayoría al SCS con un porcentaje del 75%, y resto acuden a médico particular, las enfermedades que con mayor frecuencia presentan son gastritis, lumbalgia con un porcentaje de 33.33%, seguidas por Hipertensión arterial con el 16%, toman medicación antihipertensiva, protectores gástricos, analgésicos y vitaminas de acorde para su edad.
10. Las horas de descanso de los Adultos Mayores corresponden de 6 a 8 horas diarias con un porcentaje de 41.66%, las mismas que les proporciona descanso para estar listos para las labores del siguiente día.
11. De acuerdo a las relaciones sociales de esta población, podemos afirmar que el 50% no pertenece a ninguna organización social mientras que el resto de Adultos Mayores si pertenecen donde pueden intercambiar ideas, recrearse y desestresarse.

## **5. JUSTIFICACION**

## 5. JUSTIFICACION

En el Ecuador los indicadores de salud en la tercera edad no ha mejorado y las principales causas de morbi-mortalidad constituyen motivo de preocupación por el equipo de salud como también, la convicción personal de la necesidad de ejecutar un cambio sustancial en cuanto al mejoramiento de los servicios de salud, se debería contar con un adecuado sistema estadístico para poder tener datos reales y precisar las causas que provocan la mortalidad en este grupo altamente vulnerable.

A la población del adulto mayor se le relaciona tradicionalmente con el deterioro funcional, discapacidad para el trabajo productivo y socialmente dependiente de una familia, por sus reducidos ingresos económicos.

En nuestro país ha habido un crecimiento demográfico significativo, trayendo como consecuencia muchas necesidades para sus habitantes; entre las más importantes se encuentra la carencia de servicios básicos, educación, aspectos de salubridad que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad, y sobre todo la mala calidad de atención de los servicios de salud; este fenómeno obliga a iniciar un proceso constante de trabajo y participación de parte del equipo de salud y los pobladores para de esta manera poder satisfacer necesidades básicas y tratar de cumplir con el derecho universal "salud para todos" propuesta con Alma-Ata, mediante la prestación de servicios de salud y saneamiento, contemplando características de calidad, globalidad, integridad, continuidad, equidad, eficiencia, eficacia y considerando factores como: educación, alimentación, ingresos económicos, ecosistema estable, justicia social y equidad.

En respuesta a este hecho el Gobierno del Ecuador trata de satisfacer necesidades de los sectores de mayor concentración poblacional, pero existe un número muy significativo de comunidades que no tienen la atención y la preocupación de las autoridades en cuanto a sus necesidades no satisfechas, en vista de que se encuentran en el área rural o urbano marginal, a pesar que progresivamente el número de pobladores se va incrementando.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), El Diagnóstico Situacional de Salud y perfil epidemiológico del adulto mayor nos permite conocer de forma precisa el estado de salud de la población e identificar los diferentes problemas, factores de riesgo, necesidades sentidas, demandas de los ciudadanos análisis de los servicios y de los recursos disponibles en función del bienestar social. En el proceso de realización de este instrumento se producen intercambios con líderes formales e informales, prestadores de salud, así como con la población, que permite realizar una determinación más aproximada de las prioridades, que traerán como resultado la toma de decisiones objetivas.

En este gran contexto la participación de los profesionales de la salud es de gran importancia ya que tiene una doble responsabilidad, atender a la familia y a la comunidad para prevención de enfermedades y promoción de salud integral, lo que justifica que en el campo profesional se tome como objeto de estudio. El Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor de la Parroquia El Chaupi, tomando en cuenta que el 25% de esta población se encuentra en abandono casi total, el 50% es mal atendido y apenas un 25% tiene atención aceptable, se pretendiendo relacionar con aspectos sociales, económicos, políticos y culturales en su evolución histórica así como la problemática de salud en el país, para proponer alternativas de cambio.

El presente proyecto de salud va a ser un documento informativo de ayuda para el sector salud, comunidad y organizaciones que estén interesadas en el trabajo comunitario, además pretende motivar a los miembros del equipo de salud para que sigan desempeñándose con calidad y calidez en el área rural, favoreciendo así el desarrollo comunitario y del país.

# **6. OBJETIVOS**

## **1. Objetivo General**

- Implementar un programa integral de mejoramiento de la calidad de vida del Adulto Mayor, de forma dinámica, multidimensional que permita identificar precozmente el deterioro funcional de esta población.

## **2. Objetivos Específicos**

- a) Identificar los estilos de vida y las enfermedades que presenta el Adulto Mayor y los factores que lo producen.
- b) Conformar un equipo de trabajo para garantizar la sostenibilidad del proyecto
- c) Establecer actividades de motivación positiva al cliente interno y externo del Subcentro de Salud El Chaupi, durante el año 2010.
- d) Generar la participación comunitaria a través de la formación del Club del Adulto Mayor.
- e) Elaborar un programa educativo sobre la problemática que presenta el Adulto Mayor dirigida a la familia.
- f) Diseñar y ejecutar el plan de seguimiento del Adulto Mayor.
- g) Evaluar el desarrollo del proyecto.



## **7. MARCO TEORICO**

## 7.1 MARCO INSTITUCIONAL

### Aspecto Geográfico

La parroquia El Chaupi perteneciente al Cantón Mejía se encuentra en las faldas de los llinizas a 18 km de Machachi y a 45 km de Quito capital de la Provincia de Pichincha, fue parroquializada el 10 de Febrero de 1949.

Se halla limitada:

**Norte:** Elevación el Corazón

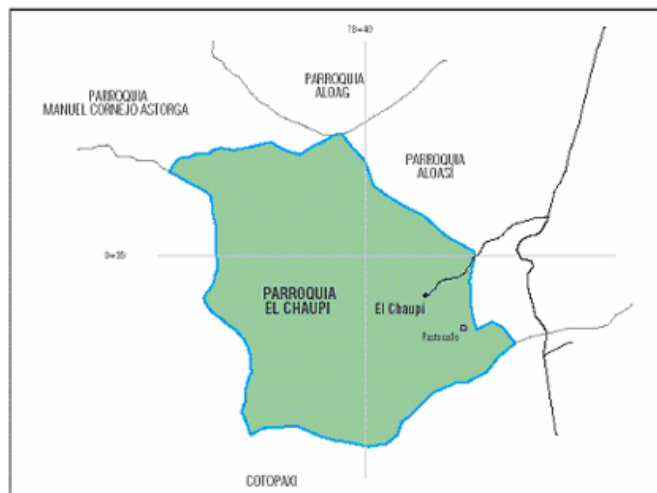
**Nor-oriente:** Aloasí

**Nor-occidente:** por Tandapi (Manuel Cornejo Astorga)

**Sur-occidente:** por la provincia de Cotopaxi

**Sur oriente y al este** por Aloasí.

### UBICACIÓN EXTENSIÓN Y LÍMITES DE LA PARROQUIA EL CHAUPI



**FUENTE:** Ilustre Municipio del Cantón Mejía (2007)

## **RESEÑA HISTORICA DE LA COMUNIDAD**

El nombre EL CHAUPI significa "Mitad o del Medio" y este se dio porque la comunidad se encuentra en medio del cerro el Corazón y los Ilinizas.

Los documentos históricos señalan que después de las guerras de la independencia, los terrenos que actualmente corresponden a la parroquia de El Chaupi, fueron de propiedad de la señora doña Manuela Carcelén conocida también como la Marquesa de Solanda, quien a la muerte de su esposo el mariscal Antonio José de Sucre, contrajo segundas nupcias con el general Isidoro Barriga.

Con el paso de los años, esta hacienda paso a ser propiedad de los esposos Italianas señores José Domingo Buzoneé y María Dolores Cancela. Entre los años 1930 y 1940 se la fracciona y sus nuevos dueños le dieron diversos nombres, como: Santa Elena, Mariscal, La Bolivia, Umbría, Chisinche, Chiguactili, San Inés, El Prado, Unambiro, Rancho Grande, entre otros.

De la primera división de gran hacienda Chisinche, los señores Buzoneé, sus propietarios, se reservaron un área de terreno a la cual bautizaron con el nombre de El Cortijo de Solanda que posteriormente paso a ser propiedad de su hijo señor Pedro Buzoneé Cancela y de su esposa señora doña Ema Solórzano, este conjuntamente con el señor Gonzalo Ramón Checa, al ser elegidos como concejales del Cantón Mejía en 1948, se convierten en los gestores de la creación de la parroquia rural el Chaupi, En efecto, estos ilustres ciudadanos presentaron la propuesta ante el Consejo el 10 de Febrero de 1949.

Esta solicitud fue aprobada por el presidente de la república de ese entonces Dr. José María Velasco Ibarra, el 23 de Mayo de 1949, mediante acuerdo ejecutivo número 265, elevando a la categoría de parroquia rural al caserío El Chaupi del Cantón Mejía y desmembrándolo de la parroquia Aloasí

## **FESTIVIDADES**

- 10 de Febrero: Fiestas de Parroquialización, durante todo este mes se realizan diferentes programas.  
24 de Abril: Festividades en honor a San Marcos, patrono de los Chagras.
- Mayo: Fiesta en honor a la Santísima Virgen María.
- 2 de Agosto: Fiesta en honor a la Santísima Virgen de los Ángeles.

## **COMIDAS TIPICAS**

Conejo de páramo acompañado de habas, choclos, papas, mellocos, queso fresco y ají hecho en piedra de moler.

## **CARACTERISTICAS DEL CLIMA, FLORA Y FAUNA**

### **CLIMA**

Ecuador está situado en la Zona Tropical, esto hace que el tiempo varíe a través de todo el territorio desde el clima ecuatorial tropical lluvioso hasta nieves perpetuas en la cima de las montañas debido a la influencia de la cordillera de los Andes en la sierra.

La Sierra registra climas diversos, y no sólo en sentido latitudinal, sino también a causa de la orientación de la cordillera con respecto al movimiento de las masas de aire. Las zonas bajas de los flancos exteriores tienen en común las temperaturas altas que, incluso en la época más fresca, no descienden por debajo de los 20°C.

El clima en La parroquia EL CHAUPI es variable que va de acuerdo a los vientos, nubes, humedad y precipitación su clima varía de 8-10 °C.

## FLORA

De acuerdo a la información disponible, la utilización del suelo en la parroquia El Chaupi presentan las siguientes características:

- **Bosques de montaña:** es una formación arbórea siempre verde o montañosa que va desde los 3.200 m.s.n.m. en la vertiente occidental; esta vegetación se puede apreciar desde la zona de El Chaupi hacia los flancos occidentales.
- **Pastizales:** esta parroquia es una zona eminentemente ganadera, gran parte de sus suelos están ocupados por pastos naturales o plantados.
- **Cultivos;** ocupan menos espacios que los pastos siendo especialmente importante los cultivos de cereales como la cebada a los 3.600mts de altura. Existen también cultivos de hortalizas que están entre los 3.000 y los 3.100 metros, los principales productos son: papas, habas, mellocos, col, zanahoria, lechugas, remolacha, etc.

## FAUNA

La avifauna existente en esta comunidad se encuentra representada mayoritariamente por el zumbador, torcaza, quilico, carbonero, quinde café, lora, gorrión y huairachuro.

Entre las especies silvestres más comunes de mamíferos que habitan en la comunidad están el azulejo, conejo, venado de cola blanca, cervicabra, erizo, cuchucho andino, zorro hediondo, lobo de páramo, puma, oso, sachacuy y la ardilla.

También existen dentro de la comunidad, en mayor número, animales domésticos como perros y gatos. Además existen animales de crianza entre ellos están ganado vacuno, porcino, caballar, y aves de corral.

## ATRATIVOS TURISTICOS



Desde esta parroquia hay una ruta de ascenso por senderos bien delimitados, que permiten llegar sin riesgo de pérdida hacia Los Nevados “Los Ilinizas”, en los cuales se puede apreciar los drásticos cambios de temperatura, vertientes de aguas cristalinas y sulfurosas y gran variedad de áreas silvestres. Camino al Cerro “El Corazón” existe la Asociación San Marcos, sitio estratégico para acampar y observar la belleza de sus paisajes.

## SERVICIOS DE SALUD



Este subcentro de salud que es parte de una institución pública, dependiendo de la jefatura de área número 16 que corresponde al Hospital Cantonal Machachi, la misma que brinda atención primaria en toda el área, está ubicado en el centro de la Parroquia Rural el Chaupi en el parque central, urbanización Cortijo de Solanda, calle sin nombre.

El lugar donde está construido el subcentro de salud, en sus inicios era un terreno baldío que después de algunos años el mismo fue lotizado. Este se vendió al Sr. Cesar Arguero quien después de un tiempo vio la necesidad que tenía la comunidad en tener un subcentro de salud y lo donó al Consejo Provincial de Pichincha.

Esta unidad de salud fue construida por el Concejo Provincial de Pichincha, su equipamiento fue realizado por el Ministerio de Salud junto con el Pueblo de Canadá y los moradores de el Chaupi el 16 de Agosto de 1987.

El subcentro de Salud El Chaupi funciona en un edificio propio de una sola planta que pertenece al Ministerio de Salud Pública se encuentra dividido en áreas y cuenta con un parqueadero.

El subcentro de salud estaba distribuido en varias secciones que fueron:



La nueva ampliación que es ocupada totalmente por el médico consta de:

- Un consultorio
- Sala de preparación de pacientes
- Sala de espera
- Sala usada para poner sueros e inyecciones: estación de enfermería
- Un baño
- Una cocina
- Un cuarto para bodega
- Un consultorio odontológico
- Un consultorio médico

Existe además otra construcción reciente destinada para el conserje que consta de:

- Dos habitaciones
- Una cocina-comedor
- Un baño.



## DINAMICA POBLACIONAL

Los datos de la población se toman de los resultados del censo del 2009 y que según los técnicos del INEC nos proporciona las siguientes proyecciones para el Subcentro de Salud El Chaupi.

Población proyección Año 2009

Población total	1525
Menores de 1 año	31
De 1 a 4 años	218
De 5 a 9 años	192
De 10 a 14 años	161
De 15 a 19 años	155
De 20 a 64 años	775
De 65 a 74 años	54
De 75 años y más.	39

Fuente: Censo poblacional

Responsables: estudiantes de enfermería PUCE

La población asignada para el subcentro de salud El Chaupi año 2009 es de 1525 habitantes, divididos por grupos programados de la siguiente manera:

La mayoría de las personas que habitan en el centro de la población son de clase media y de escasos recursos económicos, un porcentaje representativo son inmigrantes de las provincias de Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, etc.; que llegan en calidad de trabajadores agrícolas, debido a la presencia de un sinnúmero de fincas y haciendas, siendo ésta la principal actividad productiva a más del turismo.

## **MISION**

El subcentro de salud del Chaupi presta servicios de salud dedicada a la población y curación dando fortalecimiento y rehabilitación a toda la comunidad y en especial familias de riesgo, en coordinación con todos los habitantes para el mejoramiento de la calidad de vida.

## **VISION**

El Subcentro de salud del Chaupi dará atención de salud integral a toda la parroquia con el 100% de cobertura, para lo que deberá contar con recursos humanos, financieros e infraestructura, acorde con un buen servicio de atención primaria y que disponga de una mayor capacidad resolutive a fin de solucionar el mayor numero de problemas contando con la ayuda de la comunidad.

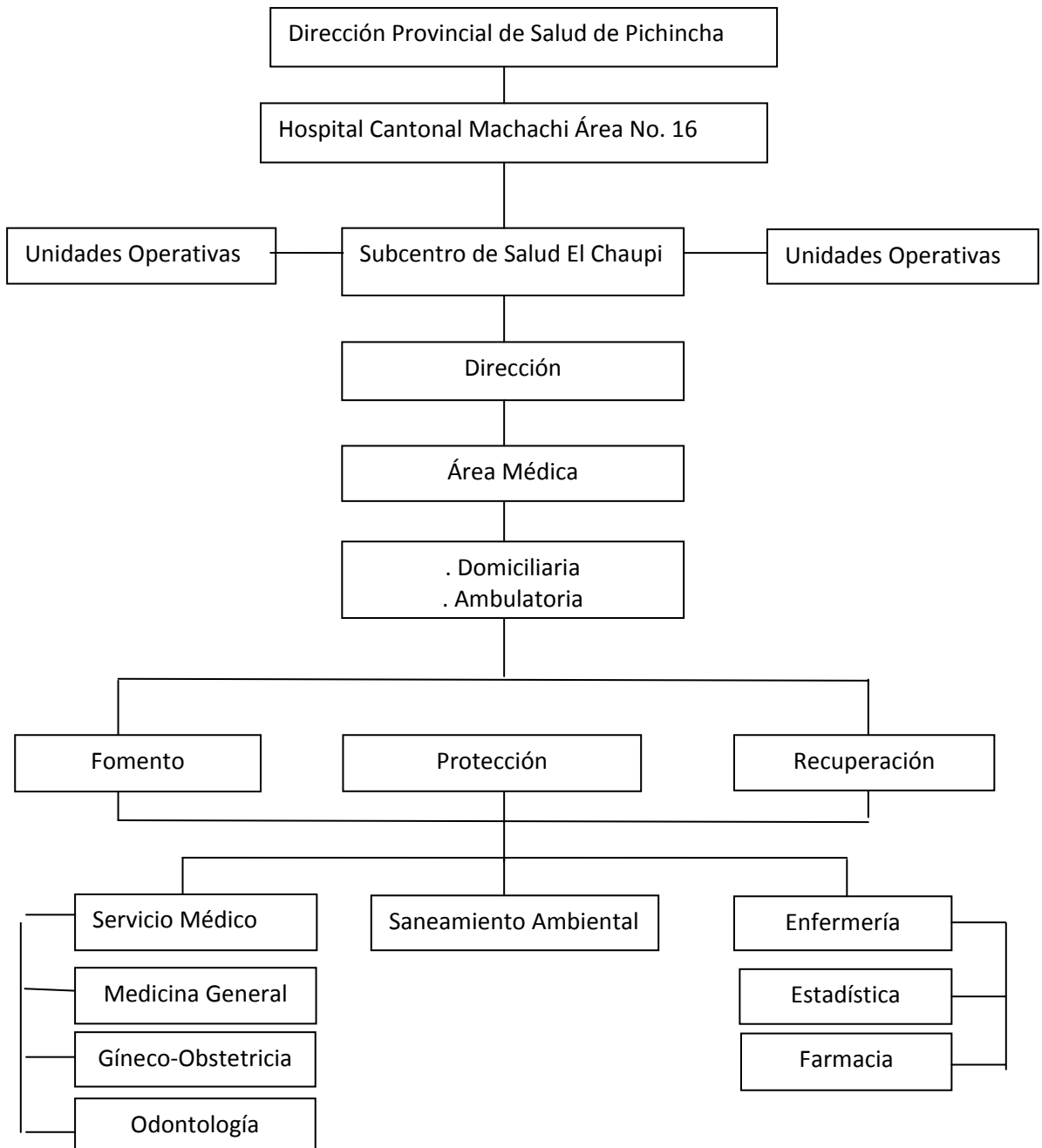
## **6.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

<b>Nombre</b>	<b>Especialidad</b>
Dr. Manuel Zurita	1 Médico general tratante
Dra. Carina Maldonado	1 Odontóloga
Nancy Chilig	1 Obstetriz
Lcda.: Viviana Nolasco	1 Enfermera
Sra. Fanny Yugcha	1 Auxiliar de enfermería
Sra. Tanya Quintana	1 Auxiliar de Servicios

**Fuente:** Censo poblacional

**Responsables:** estudiantes de enfermería PUCE

## ORGANIGRAMA DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL CHAUPI”



## **SERVICIOS QUE PRESTA LA INTITUCION**

El Subcentro de Salud El Chaupí brinda atención de Consulta Externa en: Medicina General, Pediatría, Ginecológica, Odontología.

Entre algunas de las actividades que se realizan, éstas son las principales:

- Promocionar: la salud mediante las visitas domiciliarias a pacientes en riesgo los cuales son identificados en las consultas médicas, o en caso de enfermo para controles subsecuentes
- Mediante información por las charlas impartidas en establecimientos escolares y a las madres que acuden a la consulta diaria, se trata de ayudar a la prevención de enfermedades.
- Educar a la comunidad para que acudan al control de salud.
- Programas de salud preventiva en preescolar, escuelas, mediante el control a través de pruebas de laboratorio(coproparasitario), examen clínico y vacunación
- Protección de la salud conjuntamente con la comunidad eliminando factores de riesgo que puedan afectar la salud mental y biospicasocial de la comunidad.
- Programar estrategias para optimizar la atención integral de la comunidad. A través de campañas preventivas.
- Hacer un informe de monitoreo trimestral de la programación local con su análisis e informe para la jefatura del área.

En caso de emergencia el subcentro no cuenta con transporte que permita movilizar a los pacientes que necesiten atención inmediata o que no se pueda atender en el subcentro de salud

## **PROGRAMAS QUE SE MANEJAN EN EL SUBCENTRO DE SALUD.**

Los principales programas que se manejan en el subcentro de la salud del El Chaupi son:

- PANN 2000
- PAI
- PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
- PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
- PROGRAMA DE VACUNAS (BCG, PENTAVALENTE, DT, VOP)
- PROGRAMA DE VIH
- PLANIFICACION FAMILIAR
- PROGRAMA DE CONTROL DEL EMBARAZO
- PROGRAMA DE CONTROL DEL NIÑO SANO
- PROGRAMA DE ADOLESCENTES

## **DATOS ESTADISTICOS DE COBERTURA (ESTADO DE SALUD ENFERMEDAD DE LA POBLACION)**

### **CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA COMUNIDAD DEL CHAUPI, MARZO 2009**

<b>Tipo de enfermedad</b>	<b>Número</b>
Problemas Respiratorios	99
Hipertensión	43
Enfermedades Gastrointestinales	29
Discapacitados	28
Patologías Cardiovascular	11
Crisis convulsivas	6
Osteoporosis	6
Diabetes	5

**Fuente:** Alcalde de Machachi Lic. Luis Muñoz. "Nuestro Hospital". 2008 pag.25

## **CARACTERISTICAS GEOFISICAS DE LA INSTITUCION**

### **INFRAESTRUCTURA**

El subcentro de Salud El Chaupi funciona en un edificio propio de una sola planta que pertenece al Ministerio de Salud Pública se encuentra dividido en áreas y cuenta con un parqueadero.

- Un consultorio
- Sala de preparación de pacientes
- Sala de espera
- Sala usada para poner sueros e inyecciones: estación de enfermería
- Un baño

- Una cocina
- Un cuarto para bodega
- Un consultorio odontológico
- Un consultorio médico

## **POLITICAS DE LA INSTITUCION**

Las políticas del Subcentro de salud, se rigen bajo las políticas nacionales de salud, cuya finalidad es: Impulsar las capacidades y potencialidades individuales y colectivas que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud, la superación de las inequidades en armonía con el entorno natural, social y cultural.

Entre los lineamientos podemos citar:

- Promoción de salud: vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud, veeduría social
- participación organizada en los servicios de salud,
- descentralización para la gestión participativa de los planes y programas de salud desde las necesidades reales de la población
- desarrollo integral del talento humano, desarrollo científico y tecnológico, e impulso a los sistemas de información, dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros.

## **FUNDAMENTACION TEORICO CONCEPTUAL EL ADULTO MAYOR**

### **DEFINICION DE ADULTO MAYOR**

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo; en Colombia hacen parte de este grupo étnico las personas que cumplen 60 años. Existe también el significado sociocultural, que en este momento en Ecuador se ve afectado no solo por su proceso evolutivo sino por las circunstancias sociopolíticas del país, del que se puede decir se inicia mucho antes de los 40 años. También un sector de la población asocia al adulto mayor, así no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte.

El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo lo hace sentirse inútil.

El propósito del presente proyecto es establecer la realidad de la Parroquia El Chaupi, concientizando sobre el concepto que se tiene el adulto mayor desde mi familia, mis vecinos y mi trabajo.



### ***Concepto mundial***

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaban con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Entre los logros obtenidos en el siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, fue aumentar la expectativa de vida de la población, lo que trajo como consecuencia una revolución demográfica, hecho para el cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir. Podemos decir que los países industrializados cuyo crecimiento poblacional de adultos mayores se desarrollaron en forma gradual, está en mayor capacidad de adaptarse y de ajustar los planes de acción ya proyectados para esta situación.

Mientras los países que están en vía de desarrollo viven en la inmediatez, escasamente pueden afrontar su situación actual y no han contemplado las políticas necesarias para legislar, no tienen estrategias para enfrentar este nuevo y arrollador desafío y por la falta de tecnología y recursos no tienen manera de prepararse para asumir el crecimiento de una población que en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor a lo esperado.

“El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital”.

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada " Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

Bienestar se ha identificado con " desarrollo económico", " con la riqueza familiar o individual" , " con el nivel de vida" , " con el estado de salud" , " con la longevidad individual" , con la calidad y cantidad de los " servicios médicos" , con los " ingresos o salarios" con " la satisfacción de necesidades y deseos " y con la existencia de la llamada " felicidad" , elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos.

## **LA VEJEZ: LA RELACION DEL ADULTO-ADULTO MAYOR**

A partir del concepto de modernidad, el trabajo desarrollará la configuración que esta lógica elabora en torno a la vejez y la relación adulto y adulto mayor, están suficientemente naturalizados los lugares satélites que socialmente se construyen sobre la figura del viejo, en la cual predomina la articulación con ideas de ocio, improductividad, decadencia, enfermedad; y en contraposición al protagonismo de la productividad, consumo, eficiencia, entre otros del adulto promovidos de la lógica moderna o neoliberal.

Para los fines analíticos, cuando nos referimos a subjetividad lo hacemos "desde una noción de subjetividad como entre" porque "es posible delinear los rasgos de una comunidad fundada en un lazo social que puede mantener la diferencia". De este modo, intentaremos detectar las estrategias que despliega la lógica neoliberal en la construcción de las subjetividades del adulto y cuales en el adulto mayor, y de que sirven unos y otros para instalar prácticas que desconocen la diferencia y las potencialidades de esta población.

## **LA SOCIEDAD Y LOS ADULTOS MAYORES.**

Los problemas de la sociedad son en esencia, por lo que atañe al adulto mayor, los mismos a los que se enfrentan gerontólogos o docentes de adultos mayores que es lo que en esta oportunidad nos convoca. Así los médicos tienen que hacer un diagnóstico para poder tratar un problema, la comunidad debe saber, primero, que es lo que hace falta para poder suministrarlo.

Hay que informarla, además, acerca de lo que ya dispone, de manera que, cuando surja alguna necesidad, puede hacer mejor uso de lo existente. Con demasiada frecuencia, hay recursos que se piensan son inapropiados inalcanzables, pero que en realidad se tienen a mano y pueden aprovecharse. Por ejemplo, en una oportunidad se efectuó la incorporación de voluntarios no adiestrados al pabellón de ancianos de un hospital local. Estos voluntarios, que no sabían que esos ancianos estaban “desahuciados”, pasaron un tiempo con ellos y consiguieron revitalizar a muchos y devolverlos a la sociedad. Incluso a aquellos para los que la ayuda resultó menos notoria, extrajeron mejor provecho de la mayor claridad de ese cuerpo del hospital. La integración de los servicios comunitarios para ancianos requiere una administración cuidadosa y especializada que solo existe en muy pocas comunidades. Se ha demostrado que, cuando se ponen en acción muchos recursos comunitarios, más ancianos pueden permanecer fuera de las instituciones como hogares u hospitales.

Sin embargo, existen programas que han puesto el acento en mejores servicios institucionales antes que en una planificación general, a la que se le suma la existencia de malas interpretaciones motivadas por ideas estereotipadas en cuanto a qué puede o qué debe hacer el adulto mayor. Insistimos en la necesidad de una sociedad integrada por todas las edades, como así también en la importancia de configurar prácticas que promuevan una participación más activa del adulto mayor. Actividades como las que se generan en el Departamento de la Medicina y Tercera Edad posibilitan fortalecer mecanismos que mantiene al adulto mayor vinculado al resto de la sociedad. Podemos pensar que las actividades que se generan en el ámbito del Departamento pueden encuadrarse en los principios de la teoría del

intercambio<sup>1</sup> en la que la noción de poder adquiere diversos matices, Por ejemplo, “desde esta perspectiva del intercambio, los problemas del envejecimiento son esencialmente problemas de disminución de recursos de poder se entiende por recursos de poder; dinero, conocimientos, persuasión y posición social.

Esta percepción lleva a que se genere cierto des compromiso con algunas cuestiones, como por ejemplo, con el mercado laboral, pero que el compromiso se desplace a otras instituciones. Considerar la existencia de los adultos mayores a los cursos y talleres del Departamento es una forma de revestir cierta tendencia de la sociedad y del adulto mayor mismo, a la expulsión o autoexclusión. Con lo cual, podemos pensar que la capitalización de esta actividad para configurar al sujeto viejo desde un lugar protagónico en el proceso de cualquier cambio social es posible.

Es decir, si estamos pensando en un sujeto viejo que se define capaz de intervenir activamente en determinado cambio social, y si aspiramos a una valoración positiva en términos de cooperación, por ejemplo, de la sociedad para hacia los adultos mayores, es posible revertir alguno de los supuestos más comunes en torno al adulto. En principio, explicitando lo que se realiza habitualmente en el Departamento de la Medicina y Tercera Edad, capitalizando y proponiendo una actividad concreta que se enmarca en la política institucional que la actualidad de gestión de la Facultad de Ciencias de la Educación quiere dar en términos de la extensión: Los adultos mayores, en principio los docentes en actividad y los docentes jubilados, brinden clases de apoyo a alumnos de escuelas públicas.

Bajo la consideración del perfil del alumnado de Departamentos, sabemos que el 89% de los asistentes son mujeres, y el 11% son hombres. En el caso de las mujeres, solo un 10% tiene entre 35 y 45 años, mientras que asciende al 22% las que tienen entre 46 y 55 años. El 38% de las mujeres que asisten al Departamento tienen entre 56 y 65

---

<sup>1</sup> Oddene, María Julieta. Socióloga de la vejez.

años, y las mujeres de más de 66 años representan el 30% de alumnado femenino del Departamento.<sup>2</sup>

Del total del alumnado, el 5% son docentes en actividad y el 27% son docentes jubilados. En cuanto a las actividades que realizan fuera del Departamento, el 19% realiza acciones vinculadas a la solidaridad, y el 10% hace actividades educativas. A partir de estos datos, cabe preguntarnos porque la sociedad no está dando, y el adulto mismo, un lugar más relevante en tantos potenciales transformadores de una realidad crítica hacia una más justa social.

Así mismo, hay que tener en cuenta lo que puede aportar el adulto a partir de los 35 años, en función de lo planteado por Leopoldo Salvarezza en el curso de capacitación de postgrado “Una mirada gerontológica actual sobre el envejecimiento y vejez”,<sup>3</sup> en términos de cristalización de la experiencia, o al menos dirá, la suposición de que esto ocurra. Salvarezza señala que en la mediana edad se dan una serie de cambios psicológicos que posibilitan revertir ciertas representaciones sociales en torno al adulto mayor.

Mencionó el incremento de la interioridad, los cambios a la hora de contabilizar el tiempo propio, la personificación de la muerte propia, la idea y la trascendencia como alguno de los marcadores psicológicos de la mediana edad. Tomaremos básicamente dos de estos marcadores para promover el cambio de sentidos y significados que se articulen a la mediana edad como “antesala” de la vejez. Considerando el incremento de interioridad como el cambio de un proceso de inversión de la mirada que tiene el sujeto hacia una mirada reflexiva en términos de balance de lo que se cumplió y lo que

---

<sup>2</sup>En proyecto de extensión: Llegar a Viejo. Abordaje de la temática Problemática de la Vejez, dirigido por María del Carmen Ludí y realizado en la Facultad de Trabajo Social, UNER, se puntualiza alguna de las creencias y estereotipos que aun prevalecen acerca de la vejez: La vejez y la enfermedad van juntas de la mano; los viejos se sienten miserables y la mejor forma de “adaptación “ es el aislamiento de la vida social, los ancianos ya no son productivos, útiles se convierten en una “carga para la familia, los viejos ya no son creativos y no tienen capacidad de aprendizaje entre otro.

<sup>3</sup> Curso de capacitación de postgrado Una Mirada Gerontológica actual sobre el envejecimiento y vejez, organizado por el departamento de la medicina y tercera edad de la Facultad de Ciencias de la Educación y el Proyecto de extensión Llegar a Viejo de la Facultad de Trabajo Social. Ambas unidades académicas pertenecen a la unidad nacional de Entre los Ríos. El curso se realizó los días 15, 29 y 30 de Noviembre del 2002.

no; lo vinculado con la idea y la necesidad de trascendencia en términos de que nadie le gusta pasar por esa vida sin dejar huella. Sobre esto Salvarezza indica que “hay una búsqueda de trascender, de saber que se ha hecho algo útil”, incluso el especialista lo vincula con la idea de generatividad, de dejar un heredero social para que siga con lo que se ha realizado.<sup>4</sup>

De esta manera, podríamos decir que estamos ante el primero de los indicadores que desestiman la figura de un adulto mayor muerto socialmente” porque psicológicamente la tendencia la tendencia del adulto mayor es otra. Por otra parte, si partimos de la concepción de un sujeto social e histórico, y de la vejez como una construcción cultural, el perfil del alumnado del Departamento puede brindar algunas pautas más a favor del adulto mayor como potencial transformador de la realidad. Y de esta manera, revertir ciertas tendencias físicas y psíquicas del anciano.

## **POBLACION ADULTO-ADULTO MAYOR.**

Con lo dicho anteriormente, podemos avanzar en que la noción de la vejez es una construcción cultural, social e histórica. Si bien en la cultura occidental la edad cronológica se conformó en un parámetro de organización social del hombre, gran parte de los aportes realizados en torno al adulto mayor, y la vejez en particular, advierten que la concepción que hoy predomina no siempre ha sido así. Apelan al sentido y al significado que articularon sociedades en distintos momentos de la historia al viejo.

Para esto apelaremos a la crítica a la noción moderna de subjetividad, la cual enmarca, según apunta Cragolini en “La constitución de la subjetividad en Nietzsche. Metáforas de la identidad”, en la construcción de los conceptos que se organizan en un sistema piramidal centrado en un torno a un principio que opera como arkhé-dios,

---

<sup>4</sup> Pensemos en el taller de formadores de Narradores de Cuentos Infantiles que llevan historias a miles y miles de chicos de diversas escuelas de Paraná y desde 2003, repetidos a otras localidades de la provincia.

fundamento del ser, del pensar y del obrar. Mencionamos ya la necesidad de identidades cerradas de las que se vale la lógica neoliberal."Toda identidad de una identidad de sí es una máscara para la pluralidad de fuerzas en continua transformación",<sup>5</sup> y de esta operatoria se vale el eje organizador del discurso neoliberal del adulto y adulto mayor.

Uno y otro son entidades clausuradas y desde nuestro punto de vista el parámetro temporal se habilita el pasaje de una a otra porque en ese pasaje natural el que atrae aparejado el cambio de un "estadio" a otro. Pasaje que es configurado predominantemente desde un discurso biológico u orgánico.

### **EXTRANJERIDAD.**

El adulto mayor es el extranjero en tierras neoliberales donde florece la productividad, la eficiencia, la belleza, la raides, etcétera, y a la vez deja en evidencia la prevención de la ley de este régimen. El viejo requiere ser importante y lo es desde diversos lugares y en un determinado orden.

Extranjero el adulto mayor al ser ignorado, borrado, ocultado sus particularidades en tanto una etapa de la vida con potencialidades que si consideramos la historicidad de las leyes valoradas en otros tiempos se articulan al lugar de la sabiduría, por ejemplo) porque el viejo- al igual que el extranjero o el mendigo-amenaza por su diferencia y la forma de incorporarlo o asimilarlo es atribuyendo un lugar en el orden productivo biológico, social y cultural."El mundo moderno ha generado sus figuras humanas- sus nociones de la" humanidad"- de manera cercana al creciente mundo del mercado: Como la moneda. El imperativo categórico de los tiempos del mercado, de la época del hombre medible, comparable y finalmente fungible"<sup>6</sup>El retrato de Dorian Gray", y mostró en el cuadro todos los atributos "abominables" de la vejez del cuerpo y del alma para dejar en Dorian Gray la belleza de la eterna juventud.

---

<sup>5</sup> Cragnolini, Mónica. La constitución de la subjetividad en Nietzsche. Metáforas de la identidad Pág.59

<sup>6</sup> CRAGNOLINI, Mónica."Gran Urbe y Marginidad. El diferente como desafío ético". En cuadernos de ética. Nro. 25/26. Pág.27. 1998.

La constitución de la subjetividad en parámetros neoliberales ubica al adulto mayor en la extranjería constituida de ella misma y del otro (adulto referente) porque “como nunca estamos sujetos al objeto”<sup>7</sup>. El adulto mayor como extranjero que puede salvar al anfitrión y “liberar el poder del anfitrión”<sup>8</sup> porque el dueño de casa ese rehén de su subjetividad, de su lugar y de su poder.

Porque hay adulto mayor, es posible pensar en un reinado del adulto....porque hay extranjero hay anfitrión El huésped deviene en anfitrión. Estas sustituciones hacen de todos y cada uno rehén del otro. Estas son las leyes de la hospitalidad.

## **ENVEJECIMIENTO Y SOCIEDAD**

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente con un alto nivel de desarrollo. Protagonismo de la productividad, consumo, eficiencia, entre otros del adulto promovidos de la lógica moderna o neoliberal.

Para los fines analíticos, cuando nos referimos a subjetividad lo hacemos “desde una noción de subjetividad como entre” porque “es posible delinear los rasgos de una comunidad fundada en un lazo social que puede mantener la diferencia”. De este modo, intentaremos detectar las estrategias que despliega la lógica neoliberal en la construcción de las subjetividades del adulto y cuales en el adulto mayor, y de que

---

<sup>7</sup> DERRIDA Jacques. DUFOURMANTELLE, Anne.”La Hospitalidad “. Traducción. Buenos Aires. Ediciones de la flor. Pág. 122.2000

<sup>8</sup> DERRIDA. Jacques. DUFOURMANTELLE, Anne.”La Hospitalidad”. Traducción. Buenos Aires. Ediciones de la flor. Pág. 123. 2000.



sirven unos y otros para instalar prácticas que desconocen la diferencia y las potencialidades de esta población.

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad.

El término de envejecimiento es aplicable a un individuo o a una población en su conjunto, no obstante existen diferencias en ambas aplicaciones. Un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente.

El envejecimiento de la población resulta ser un concepto más complejo y abarcador. Una población envejece cuando aumenta considerablemente la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población. Por tanto la población no envejece necesariamente con el transcurrir del tiempo.

El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con unos diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada.

Los resultados de los estudios gerontológicos han originado la llamada práctica gerontológica que consiste en varias modalidades de intervención y acercamiento profesional a los ancianos, de tal forma que se ayude a transformar actitudes en los mismos ancianos, familiares y comunidad hacia el proceso del envejecimiento.

Todo lo anterior permite hablar de una nueva esfera de acción profesional en un Trabajo Social, reconocida como Trabajo Social Gerontológico, que requiere de un abordaje multidisciplinario del envejecimiento y exige sea reconocida y aplicada en los países donde el envejecimiento poblacional lo demanda.

El creciente interés en entender el proceso del envejecimiento ha motivado la aparición de un campo científico interdisciplinario de la Gerontología. La cual se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez.

La Gerontología es la disciplina que aborda sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas. Se refiere a como la vejez afecta al individuo y cómo la población anciana cambia la sociedad.

La Gerontología dirige su atención a tres dimensiones de la vejez. La dimensión biológica se ocupa del estudio de los cambios de la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de habilidad física para resistir enfermedades.

La dimensión psicológica trata los cambios sensoriales y perceptuales, las destrezas motoras, el funcionamiento mental (memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad, los impulsos y las emociones que caracterizan a esta edad cronológica.

Un aspecto importante que hay que destacar es el envejecimiento social el mismo se refiere a los hábitos sociales, a los papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, a las relaciones de trabajo y al conjunto de relaciones espirituales.

Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes, "El medio social varía, de forma considerable determina el significado de la vejez para una persona y esa experiencia de envejecer será positiva o negativa".

Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas entre sí en las personas de edad avanzada. Por ejemplo, la condición física de la persona afecta la conducta social y viceversa. El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve cada ser humano.

La Gerontología se complementa con la geriatría médica y la enfermería geriátrica, especialidades médicas que abordan los problemas clínicos, o condiciones de salud en las personas ancianas.

Sin embargo el aspecto esencial de la gerontología está dirigido al examen de las condiciones del ambiente social de la vejez. Atención especial se brinda al problema de la preparación del anciano para enfrentar los cambios propios de la edad, y a la preparación de la sociedad para garantizar el bienestar del anciano.

Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos, lo que determina una preocupación en todos los países donde la tendencia demográfica indica envejecimiento poblacional por la cantidad de recursos que tienen que destinar a la tercera edad.

Social, se pueden conceptualizar los sistemas de apoyo como un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona anciana ocupa el lugar central. Estos subsistemas aunque funcionan de forma independiente en ocasiones se mezclan.

Las políticas sociales y las instituciones prestan los servicios establecidos como apoyo formal. El apoyo informal, lo constituyen, la familia, los amigos y los vecinos que integran dicho sistema, esto se fundamenta en la dedicación y cooperación que emana de los sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad.

Es de suma importancia considerar que en esta etapa de la vida se alarga la posibilidad de acumular experiencia, se prolongan las relaciones con otras personas -

cónyuges, familia y amistades, por lo que aumenta el potencial complejo de las relaciones sociales - parentesco, amistad y comunidad. Todo esto trae como consecuencia la longevidad. Las personas tienen hoy una ocasión sin precedente al acumular experiencia, de ayudar a los cambios de tipo social e influir en los mismos.

## **SITUACION NACIONAL**

El resultado del análisis de la situación del país, como claramente lo expresa el documento elaborado por Confederación Ecuatoriana de Organizaciones No Gubernamentales y la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología para la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que se llevó a cabo en Madrid en abril de 2002 fue:

Como todos los países latinoamericanos se encuentran con rápidas transformaciones poblacionales, culturales, epidemiológicas, ecológicas, tecnológicas, con un ambiente poco propicio para lograr objetivos, a causa de la inestabilidad política, la incertidumbre institucional la inseguridad jurídica, la violencia y los desplazamientos forzosos que dejan como secuelas el envejecimiento de la población a un ritmo mayor que en el primer mundo.

- La situación en Ecuador es aún más crítica como consecuencia del negocio del narcotráfico, la guerrilla, la inestabilidad del país a causa de la violencia tanto en los campos como en la ciudad, la disminución del empleo y la incapacidad de obtenerlo después de cumplir los 35 años de edad, los diferentes regímenes de pensión, los desplazamientos ocasionados por la violencia, el aumento de mujeres pobres cabeza de familia y el aumento cada vez mayor de la pobreza y la miseria absoluta.

En la Asamblea de Viena en 1983 se definieron aspectos puntuales para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, donde se hizo énfasis en salud y nutrición, protección, vivienda y medio ambiente, familia y bienestar social, seguridad e ingreso y empleo y educación. Veinte años más tarde Colombia ha logrado progresos en salud y nutrición, educación, bienestar y participación comunitaria, ha avanzado en Derechos

Humanos de las personas mayores y en investigación con programas de pre y post grado.

El cuidado, la seguridad de ingresos, la vivienda y la protección han tenido menor atención por parte del Estado. Todo no ha resultado tan fácil y se presentan tropiezos por falta de coordinación, conflictos de intereses, dificultades económicas, inseguridad, violencia y desplazados. Por lo tanto no debemos olvidar que los Adultos Mayores son el grupo que crece más rápidamente en la población, utiliza con mucha frecuencia los servicios sanitarios, tiene menos probabilidad de contar con grupos sociales "naturales" de apoyo y es más vulnerable a diversos peligros físicos, psicológicos, económicos y sociales.

## **ASPECTO SOCIAL**

Podríamos decir que en nuestra cultura la vejez se asocia con un papel pasivo, no se le reconoce su utilidad, produce una sensación de soledad y con frecuencia les toca dejar sus actividades productivas por el fenómeno de la jubilación, hasta el extremo de precipitar la muerte debido a esta situación marginal.

Hay que tener en cuenta también el enfrentamiento de generaciones, facilitado y popularizado por los medios de comunicación de masas, determinando dos únicas categorías contrapuestas: vejez y juventud.

Las fortalezas y cualidades por las que tiene prestigio la vejez dejan de tener valor para una cultura que pone sus ideales y sus fines única y exclusivamente en lo nuevo, lo cambiante, lo intuitivo, lo inacabado, dando la espalda a los valores de tradición, estabilidad y prudencia política.

### **Pobreza**

Además de las desigualdades económicas el empobrecimiento de los últimos 5 años fue del 29%. Esta crisis afecta los ingresos de todas las edades y especialmente la de los adultos pues no se les reconoce la experiencia en el momento de fijar los salarios, lo que hace que los afecte en mayor proporción. No se cuenta con políticas públicas para proteger económicamente la población de mayor edad. Solo encontramos programas específicos de subsidio para la atención de la vejez indigente y en algunos casos el nivel uno del SISBEN.

Según el índice de pobreza nos encontramos en un 10.4, lo que nos ubica en el sexto lugar a nivel mundial

## **DESAFIOS SOCIALES**

Las estrategias a seguir para lograr una sociedad equilibrada, deben contemplar con atención todas las edades de la vida, buscando políticas integrales, sin tenerles lugares diferentes pues esto solo logra que se aumente la segregación ya existente. Se deben aumentar los espacios de integración con personas de diferentes edades para facilitar su conocimiento real y lograr una acertada coordinación al obtener una visión clara de todos los procesos que se desarrollan simultáneamente.

El proceso de sensibilización para lograr una sociedad que cubra todas las edades, no solo se logra con cursos o conferencias: requiere de información, diálogo y debates que permitan actualizar el diagnóstico y lograr una acertada priorización de cualquier situación que requiera un conocimiento intergeneracional, de género y del transcurso de la vida en su totalidad, para saber cuáles son en realidad los programas prioritarios y cuál es la asignación real.

Todos los programas deben tener en cuenta las diferentes regiones y lo multicultural, así como también el desarrollo sostenible en un mundo que envejece, los entornos

favorables para el desarrollo integral de todas las edades, la promoción y prevención con estilos de vida saludables para todos.

## **DESAFIOS EDUCACIONALES**

La educación es el único bien de servicios que nos puede ayudar a transformar nuestro país y es como otros, un recurso no renovable, razón por la cual debemos educar permanentemente. No podemos desaprovechar la sabiduría de la experiencia que tienen los mayores, sin importar su origen ni grado de educación, su lugar de nacimiento ni su capacidad económica. Por esto debemos estimular la sociedad a valorar la dignidad del adulto mayor y fortalecer entre ellos y jóvenes la convivencia en un clima de confianza para lograr así una mejor calidad de vida.

Fomentar la participación de los adultos en programas universitarios para continuar con su crecimiento, conocer y aprender sobre el proceso de envejecimiento, animar el interés por los avances científicos, en la mecánica, en los transportes, la ecología, la biología, la medicina; motivarlos para que adquieran cultura artística, literaria, histórica, filosófica y formar parte de un grupo deportista.

Crear redes en el Internet con grupos de diferentes países, formar parte de un grupo de participación social como por ejemplo los veedores, crear un periódico o escribir artículos en uno ya existente.

## **DESAFIOS POLITICOS**

- Manifestarse para hacer presencia y fortalecer la conformación de la Red de Organizaciones de Adultos Mayores.
- Elevar la Plataforma Regional de los adultos mayores ante los gobiernos y foros internacionales.
- Impulsar la Convención Internacional de los Derechos de las Personas Mayores.

- Constituir instancias nacionales y regionales de vigilancia y monitoreo para el cumplimiento de leyes nacionales y pactos internacionales.

## **EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR**

### **ANTECEDENTES GENERALES**

A medida que nuestra sociedad envejece, que el porcentaje de adultos mayores aumenta aceleradamente, los temas que les atañen deben transformarse, cada vez más, en una preocupación nacional. Los paradigmas relacionados con la vejez, el viejísimo como una actitud aceptada en nuestra sociedad, hacen del adulto mayor un ser tremendamente vulnerable al maltrato y al abuso. La organización de los adultos mayores pasa a constituirse en un factor protector de este tipo de situaciones. Sin embargo, al no existir un canal adecuado que permita derivar y resolver este tipo de situaciones, estas se seguirán produciendo ante la impotencia de quienes trabajamos diariamente con éste grupo etéreo.

Debemos considerar los factores que hacen del adulto mayor una persona vulnerable frente al maltrato:

- Pérdida de rol social
- Baja autoestima
- Niveles de dependencia, derivada de algunas patologías.
- Bajos niveles de ingreso, lo que les obliga a vivir con otros o a depender económicamente de ellos.



## INTRODUCCION AL TEMA DEL MALTRATO

El tema de la violencia en la familia, como un problema social, implicó un lento proceso de toma de conciencia respecto del impacto del fenómeno en los individuos, en los grupos y en la sociedad en su conjunto.

La sensibilización inicial frente al tema se abordó desde la perspectiva de la mujer maltratada o golpeada, producto de las acciones de organizaciones feministas que promovían la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer. La evolución posterior dio lugar a ampliar esta visión incorporando a otros sujetos del núcleo familiar.

Fue así como en el año 1994 se promulgó la Ley N° 19.325 sobre Violencia Intrafamiliar, la que sin embargo, no incluyó el abuso y maltrato hacia el anciano, en forma específica.

No obstante, en general, es posible distinguir los siguientes tipos de maltratos:

- El maltrato físico
- El abuso sexual
- El maltrato psicológico o emocional
- El abuso patrimonial o maltrato económico
- La negligencia o abandono

Cuando hablamos de **abuso patrimonial o maltrato económico** nos referimos al " mal uso o explotación de dinero o de las posesiones del anciano, así como el bloqueo de acceso a éste de dichos bienes", lo que implica " daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores".

En este sentido, se ha constatado que muchas veces es el propio entorno familiar más cercano el que provoca este tipo de abusos, dejando al adulto mayor sin posibilidad de

decidir en qué gastar su dinero. Esto incide directamente en la pérdida de autonomía del Adulto Mayor. Muchos de estos adultos mayores no satisfacen sus necesidades básicas de alimentación y salud, porque han sido despojados de sus ingresos.

El segundo tipo de maltrato al que nos gustaría referirnos en esta ocasión, es **la negligencia o abandono**, que se ha definido como " la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados". En este sentido, es posible distinguir una negligencia o abandono pasivo y uno activo, dependiendo de si ésta es producto del desconocimiento o incapacidad del cuidador, o cuando el acto se realiza intencionalmente.

Si bien la naturaleza de los tipos de maltrato no es un tema acabado, si hay elementos que predisponen a los cuidadores a este tipo de actitudes. Uno de ellos es el stress del cuidador.

El estilo de vida actual recarga enormemente a cada uno de los miembros de la familia. La hija, quien generalmente era la que cuidaba a sus padres, ahora trabaja y además debe preocuparse de sus hijos. Muchos autores concuerdan en que el ritmo de vida actual fomenta una forma violenta de interrelacionarse en la sociedad, y las familias como cualquier otro grupo social, no está exenta.

Cada día que pasa se hace más difícil para algunas familias lidiar con el cuidado de la persona de edad mayor.

## **CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO**

En resumen, el envejecimiento está asociado con dos procesos que se superponen y que finalmente llevan a la muerte del organismo: la degeneración progresiva de las células y la pérdida de la capacidad regenerativa. Tanto la degeneración como la regeneración de las células son procesos que ocurren en cada una de las etapas de la vida y permanecen en un perfecto equilibrio en condiciones normales, no patológicas.

Los 'puntos de control' y los mecanismos de reparación celulares permiten que las células dañadas sean reemplazadas, preservándose así la integridad funcional de tejidos y órganos. Sin embargo, en el envejecimiento este balance se inclina hacia la degeneración. Los mecanismos de degeneración están principalmente relacionados a la generación de especies reactivas del oxígeno y a la glicación de proteínas; ambos procesos estrechamente relacionados a factores ambientales. Por otra parte, la pérdida de la capacidad de proliferación y regenerativa estaría determinada genéticamente por el acortamiento de los telómeros y los procesos de muerte celular.

Esta visión resalta la importancia y participación tanto de factores exógenos como endógenos en el envejecimiento, por lo que es muy probable que el envejecimiento del organismo no ocurra por un único motivo, sino por la sumatoria de múltiples factores y procesos, cuyo balance general determina que el individuo envejezca.

Por otro lado, es evidente que existen factores ambientales y comporta mentales que pueden colaborar en el proceso de degradación o al contrario reforzar los mecanismos de defensa:

- los fumadores, debido a la inhalación permanente de radicales libres de oxígeno, pueden presentar ciertas manifestaciones de envejecimiento prematuro y un incremento en la frecuencia de patologías asociadas al envejecimiento, como las cataratas;
- la exposición repetida a la luz UV puede provocar un envejecimiento prematuro de la piel, por las mismas razones;
- la restricción calórica, iniciada en cualquier momento de la vida, mejora la mayor parte de los parámetros biológicos e incrementa la longevidad; sin embargo, si la restricción calórica es extrema, como ocurre en la anorexia, se produce una disminución de la fertilidad (lo que evidencia de nuevo la relación entre envejecimiento, equilibrio energético y reproducción);
- una dieta equilibrada, rica en fibras y vegetales, que presentan antioxidantes naturales, produce también un efecto positivo sobre el mantenimiento de las funciones celulares.

## **ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

El término "activo" se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente en lo laboral o participar en la mano de obra.

Ahora bien, en el plano operativo, dicho concepto se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos, considerando cambios inherentes a la edad, riesgos ambientales y psicosociales, así como las medidas preventivas que pueden aplicar Teorías del envejecimiento

Las observaciones registradas sobre el cambio que experimentan los seres vivos con la edad son tan numerosas que han dado origen a docenas de teorías. Como resumen, podemos destacar:

### **ATENCIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR O GERIATRÍA.**

Se denomina gerontología al estudio del proceso de envejecimiento en todos sus aspectos. Abarca desde investigaciones de biología molecular hasta estudios socioeconómicos, o sobre las consecuencias de la jubilación. La geriatría es la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano, en situación de salud o de enfermedad. Incluye aspectos relativos a la mayor parte de las disciplinas clínicas y constituye una parte de gerontología. Entre las más importantes cabe citar las siguientes.

1.- La presión demográfica. El número de ancianos crece en todos los países desarrollados, y los ancianos cada vez alcanzan edades más elevadas, con un mejor nivel de salud y cultura, con una mayor conciencia de sus derechos en este terreno.

2.- Socioeconómicas, derivadas de la trascendencia que las decisiones médicas tienen en la política, en la economía y en lo social. Bastaría el volumen económico que todos los países deben dedicar a pensiones y el derivado de consumo de farmacia, o de la necesidad de aportar recursos sanitarios y sociales a los ancianos incapacitados o con problemas de recuperación.

3.- Científicas, la ignorancia existe entre los médicos sobre cómo se produce el proceso de envejecer y cuáles son las consecuencias clínicas de este proceso.

Al especificar la especialidad conviene tener claro algunos conceptos. En primer lugar, que envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien, habitualmente, la vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos. Además no siempre está clara la frontera entre los tres grupos de procesos que modulan los cambios que presenta el anciano.

- a) Las modificaciones fisiológicas establecidas por el simple paso del tiempo.
- b) Las consecuencias de la exposición a lo largo de muchos años a agentes como la contaminación, el humo, las dietas inadecuadas, el alcohol, el estrés o la falta de actividad física (factores de riesgo en sentido amplio),
- c) Las enfermedades propiamente dichas o sus secuelas acumuladas a lo largo del tiempo.

En segundo término, un anciano no es estrictamente un adulto mayor; en su camino hacia el envejecimiento se han producido cambios muy importantes en sus órganos y sistemas a nivel morfológico, fisiológico, funcional, psicológico y también social, cambios que tienen una repercusión directa, como se verá más adelante, en la valoración semiológica los síntomas y los signos físicos no se manifiestan de la misma forma ni por las mismas causas que en el adulto joven, en la fisiopatología de sus enfermedades, en la actitud diagnóstica y en las decisiones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas. Los ancianos tienen algunas enfermedades.

- a) Enfermedades específicas de su edad, muy raras no existen enfermedades anteriores (amiloidosis cardiaca, carcinoma prostático, incontinencia urinaria).
- b) Otras con una incidencia mucho más alta que la que se encuentra en periodos previos de la vida (infecciones, tumores malignos, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, diabetes, vasculopatías periféricas, etc.), facilitadas por los cambios que han ocurrido en su organismo, pero que no se comportan igual que otras edades.
- c) Las mismas enfermedades que a cualquier otra edad pero con peculiaridades específicas, semiológicas, diagnosticas y terapéuticas que es necesario conocer con mucha más frecuencia el compromiso de otros órganos y sistemas en el curso de sus enfermedades y concurrencia de más de un proceso morboso. Además en mayor medida que en otras edades, hay que tener en cuenta que todos estos procesos se hallan modulados por problemas sociales, económicos, de soledad, de incapacidades, psicológicos de comportamiento.(actitud ante la vida, deterioro mental, etc.).

## **PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR.**

### **ARTRITIS REUMATOIDE**

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, periódicamente articular, que afecta sobre todo a las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies, de forma simétrica.

#### **FRECUENCIA.**

La artritis reumatoide afecta alrededor del 1% de la población y puede presentarse en cualquier edad, aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 40 y 60 años. Predomina en la mujer en una proporción de 3 a 1 en relación con el varón.

## **REACCION INFLAMATORIA.**

En la inflamación desencadenada por la respuesta inmune en el medio sinovial se activan numerosos procesos que perpetúan la inflamación, sistemas del complemento, de cininas, de coagulación y de fibrinólisis, el resultado de la activación de coagulación es la formación de fibrina. Los mediadores de la inflamación estimulan las células sinoviales, las cuales proliferan, y en las capas profundas activan los fibroblastos para producir más tejido conjuntivo.

## **COMPLICACIONES.**

Tenemos las Infecciones. Cuando en la artritis reumatoide una o varias articulaciones sufren una exacerbación de los síntomas articulares sin que paralelamente se altere el estado de las restantes sistemas, hay que pensar en una infección articular.

El germen más frecuente es el *Staphylococcus aureus*. Es una complicación grave que un 35% de los casos causa la muerte. Es más frecuente en artritis de varios años de evolución, sometida a glucocorticoterapia y en personas de edad avanzada, la articulación que más se afecta es la rodilla.

## **DIAGNOSTICO.**

Con la finalidad de dar uniformidad a los estudios que se realizan en esta enfermedad, se han establecidos algunos criterios.

- a) Rigidez matutina articular de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.
- b) Artritis de tres o más articulaciones al menos tres de ellas tiene que presentar simultáneamente hinchazón de los tejidos blandos o líquido sinovial.
- c) Artritis de las articulaciones de las manos, manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares, muñecas, metacarpo falángicas o interfalángicas proximales.

- d) Artritis simétrica, con afectación simultánea de las mismas áreas articulares en ambos lados del cuerpo.
- e) Nódulos reumatoides, subcutáneos, sobre prominencias óseas.
- f) Alteraciones típicas de artritis reumatoideas en las radiografías se puede observar descalcificaciones Oseas.

### **TRATAMIENTO.**

Es fundamental explicar al paciente sobre su tratamiento, se lo debe informar el pronóstico.

Antiinflamatorios no esteroides. Los AINES ejercen parte de su acción antiinflamatoria inhibiendo la cicloxigenasa , el efecto antiinflamatorio es rápido y se puede apreciar ya en el primer día, pero alcanza su máximo en el curso de los 7 – 14 días.

## **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA**

Es un proceso que se caracteriza por una limitación permanente del flujo aéreo causada por anomalías de la vía aérea y del parénquima pulmonar en forma de enfisema, Los pacientes con EPOC siempre presentan limitación u obstrucción al flujo aéreo , aunque ésta debe variar con el curso de la enfermedad e incluso mejorar con la administración de bronco dilatadores.

### **FACTORES DE RIESGO.**

Consumo de tabaco.- El tabaco desempeña un papel extraordinariamente importante en la EPOC, dado que el 80-90% de los pacientes son fumadores o lo han sido. Así mismo la mortalidad por la EPOC es 15 veces superior en los fumadores que en los no fumadores.



## **CUADRO CLINICO.**

Anamnesis, el diagnóstico de la EPOC se sospecha por la anamnesis y la exploración física, pero es el estudio de la función pulmonar el que permite confirmar el diagnóstico y evaluar la gravedad de la enfermedad.

La mayor parte de los pacientes con EPOC son varones, aunque la incidencia en mujeres se halla en aumento. La mitad de los fumadores que han consumido tabaco durante 10 años presentan tos y expectoración. La sintomatología se incrementa con la edad y los años de exposición y tabaco.

Exploración física estos varían de acuerdo con la evolución de la enfermedad y pueden ser normales en los estadios iniciales.

Presentan taquipnea, hiperinsuflación torácica, respiración paradójica, cianosis, percusión torácica, la auscultación cardiaca es difícil ya que los ruidos cardiacos están atenuados y a veces son inaudibles.

La gasometría arterial debe efectuarse en todos los pacientes que se estudian por primera vez, prueba de esfuerzo, radiología, tomografía computarizada.

## **EVOLUCION Y PRONÓSTICO.**

Depende fundamentalmente del grado de la obstrucción del flujo aéreo y del abandono del consumo del tabaco.

## **TRATAMIENTO.**

Abandono del consumo del tabaco, oxigenoterapia.

Tratamiento farmacológico, bronco dilatadores, simpaticomiméticos, glucocorticoides.

Fisioterapia y rehabilitación.

## **INFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO.**

La infección respiratoria se produce por una alteración de los mecanismos defensivos del huésped como por la presencia de una cantidad excesiva de microbios, o de especial virulencia, que sobrepasan dichos mecanismos.

- 1.- Inhalación directa desde el aire ambiente al alveolo de aerosoles contaminados. Así se transmiten virus, micro bacterias, coxiella, legionella, mycoplasma o clamidia.
- 2.- Micro aspiración broncopulmonar a partir de la flora bacteriana orofaríngea, es la vía habitual en infecciones por cocos grampositivos, bacilos gramnegativos y bacterias anaerobias.
- 3.-Diseminación hematógena, mediante bacteremia o émbolos sépticos.
- 4.-Por contigüidad a partir de infecciones subfrénicas, mediastínicas de la pared costal, a través de la vía linfática.

## **INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**

Denominada Insuficiencia cardiaca congestiva, es una afección mortal en la cual el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo.

Esta lenta manifestación y progresión de la ICC, se debe a los esfuerzos del corazón por compensar por su debilitamiento gradual.

## **INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.**

La insuficiencia cardiaca casi siempre es una afección crónica y duradera, aunque algunas veces se puede desarrollar súbitamente, dicha afectación puede afectar el lado derecho, el lado izquierdo o ambos lados del corazón, la sangre se puede represar en otras partes del cuerpo como.

El hígado, el tracto gastrointestinal, los pulmones.

## **EXAMENES.**

Eco cardiografía, cateterismo cardiaco, una radiografía de tórax, gammagrafía cardiaca, electrocardiograma.

## **TRATAMIENTO.**

Existen diversos tratamientos que ayudan a reducir el esfuerzo del corazón, entre ellos los nuevos cambios del estilo de vida.

Medicamentos: Diuréticos, inotrópicos, vasodilatadores, bloqueantes cálcicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA,

## **ENFERMEDADES DE LA PROSTATA.**

La próstata es el órgano que con mayor frecuencia se ve afectado por las enfermedades en hombres mayores de 50 años.

Es fundamental realizar un diagnostico precoz ya que el cáncer de próstata si se diagnostica pronto puede curarse.

## **EXAMENES DE LA PROSTATA.**

La revisión prostática es sencilla debe ser realizado por un urólogo con experiencia debe haber una exploración física de los riñones, abdomen, vejiga, testículos y sobre todo la próstata la realización de un tacto rectal permite valorar el tamaño de la próstata y detectar si existen nódulos duros sugestivos de cáncer.

## **TRATAMIENTO.**

Una vez establecido el diagnóstico se debe emplear el tratamiento que depende de la clínica que presente el paciente. El urólogo debe explicar al paciente las diferentes opciones del tratamiento:

Observaciones y revisiones periódicas.

- Tratamiento higiénico – dietético
- Tratamiento médico
- Tratamiento quirúrgico

## **CATARATAS**

Una catarata ocurre cuando el cristalino se nubla, afectando la visión. La mayoría de las cataratas están relacionadas con el envejecimiento. Las cataratas son muy comunes en las personas mayores de 80 años de edad; más de la mitad de los norteamericanos tienen una catarata o ha tenido una operación de cataratas. La catarata puede ocurrir en uno o en ambos ojos.

### **RIESGO DE DESARROLLAR CATARATAS.**

El riesgo de cataratas aumenta al envejecer, otros factores de riesgo para las cataratas son:

- Ciertas enfermedades (diabetes)
- Comportamiento individual (uso de tabaco y alcohol).
- El medio ambiente (exposición prolongada a los rayos ultravioletas del sol).

## **SINTOMAS DE LAS CATARATAS.**

Los síntomas más frecuentes de las cataratas son:

- Visión borrosa u opaca
- Los colores lucen desteñidos.
- Destello las luces de los automóviles, las lámparas o la luz del sol parecen muy brillantes.
- No ve bien de noche.
- Visión doble o imágenes múltiples en un ojo
- Cambios frecuentes en la receta de sus anteojos o lentes de contacto

**TRATAMIENTO.** Se pueden mejorar los síntomas de una catarata en su etapa inicial con nuevos anteojos, mejor luz, gafas antirreflectores para el sol.

## 8. DISEÑO METODOLOGICO

## 8. DISEÑO METODOLÓGICO (MARCO LÓGICO)

### 8.1 ANALISIS DE INVOLUCRADOS.

<b>GRUPO Y/O INSTITUCIONES</b>	<b>INTERESES</b>	<b>RECURSOS Y MANDATOS</b>	<b>PROBLEMAS PERCIBIDOS</b>
S.C.S EL CHAUPI.	Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y evitar complicaciones de sus patologías	-Recursos Humano -Recursos Materiales -Recursos Financieros -Atención primaria con nuevos modelos de atención.	-Falta de gerencia -Falta de priorización de los problemas. -Falta de participación comunitaria
USUARIOS INTERNOS	Ofrecer los servicios de la institución de salud con calidad y calidez a los usuarios externos	-Recursos Humanos -Ofrecer la atención primaria adecuada. -Incrementar la promoción de salud	-Falta de compromiso -Falta de motivación -Falta de capacitación
USUARIOS EXTERNOS	Tener calidad de vida y salud	-Recursos Humanos -Exigir el cumplimiento de derechos a la salud y atención medica	-Falta de motivación comunitaria. -Desorganización de la población.
COMUNIDAD	Aplicar la encuesta y conocer sus enfermedades crónicas.	-Recursos Humanos -Recursos Materiales -Conocer el perfil epidemiológico del adulto mayor.	Limitada información de las enfermedades crónicas que presenta el adulto mayor

MAESTRANTE	-Participar en el desarrollo comunitario  Capacitación en gestión del proyecto	-Talento Humano -Recursos Materiales -Llevar a cabo el proyecto	Falta de programas educativos. Falta de participación de la comunidad en los programas
------------	--	---	---



#### 8.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO.

**Programa de mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor de la Parroquia el Chaupi usuarios que acuden al Subcentro de Salud.**

OBJETIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Contribuir al mejorar amiento de la calidad de vida del adulto mayor mediante la participación comunitaria.</p>	<p>60 encuestas aplicadas al adulto mayor</p>	<p>Informes Reportes Monitoreo</p>	<p>Compromiso y responsabilidad del personal profesional que labora en la Institución. Mayor concientización de la población</p>
<p><b>PROPOSITO</b></p> <p>Establecer un programa de fortalecimiento para el adulto mayor mediante un nuevo modelo de gestión con participación comunitaria.</p>	<p>El 100% de los líderes del comité de salud, participando en la gestión de la unidad de salud El Chaupi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aplicar la encuesta</li> <li>• acta de reuniones</li> <li>• número de actividades realizadas por el comité de salud</li> <li>• registro de asistencia a las reuniones.</li> <li>• foto relatoría</li> </ul>	<p>Se cuenta con el apoyo del equipo de salud de la comunidad así como la participación de la junta parroquial.</p>

<b>RESULTADOS</b>			
1. socialización e institucionalización del proyecto ejecutado	1.1 El 100% de los profesionales aceptan el proyecto	Existencia del plan. Actas de reuniones de: listado de los miembros	Personal motivado y capacitado para formar parte de las comisiones
2. equipo de trabajo conformado y actuando	Equipo de trabajo conformado con el personal del S.C.S. de salud El 100% del personal de salud reciben capacitación.	Acta de conformación del equipo de trabajo Agenda de reuniones. Cronograma de charlas de educación para el adulto mayor	Personal comprometido para colaborar y cumplir.
3. Programa de Motivación positiva al usuario interno y externo	El 80% de las actividades realizadas logran una motivación positiva al proyecto ejecutado	Cronograma de actividades Fotografías Encuestas de opinión	Personal y usuario motivado para impulsar esta actividad
4. Formar club del adulto mayor	Nomina y aceptación de participantes	Registro de participantes	Aceptación y ejecución del proyecto
5. Programa educativo sobre la problemática que presenta el	El 100% de los participantes tiene conocimiento de	Invitaciones Existencia del programa Lista de participantes Fotorelatoria	El adulto mayor se siente a gusto y comprometido en seguir adelante en

Adulto Mayor dirigida a su familia.	la problemática que atraviesa el adulto		el proyecto apoyado por sus familiares
<b>6.</b> Plan de seguimiento a través de la visita domiciliaria	El 100% de los adultos mayores se encuentran monitoreados para realizar el seguimiento de su tratamiento	Carnet del Adulto Mayor Historias Clínicas Visitas domiciliarias	Participación y apoyo por parte de sus familiares La población ha dado información correcta de sus enfermedades y su tratamiento médico.
<b>7.</b> Evaluación del proyecto	El 100% de los componentes del proyecto evaluado	Verificación del cumplimiento de los componentes. Observación directa Encuesta de evaluación	La población y el personal de salud se involucraron en el proyecto.



INDICADORES DE EFECTOS

8.3 ARBOL DE OBJETIVOS

Disminución de los costos de la salud

Se cubre todas las expectativas de la prevención

Mejorar el Impacto psicológico y social del adulto mayor

Se reduce la exposición a riesgos.

Disminución de secuelas a causa de enfermedades que padecen y no son tratadas.

Prevenir deterioro de la salud del adulto mayor a través de la elaboración de un programa recreativo de motivación.

OBJETIVOS

Desarrollo de un Programa de Mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor de forma dinámica, multidimensional que permita identificar precozmente el deterioro funcional de esta población

Difusión de programas educativos

Implantación de un programa de control, seguimiento de patologías

Generación de participación comunitaria de la población del Subcentro de Salud del Chaupi

ESTRATEGIAS

Buena motivación del personal

Coordinación en los programas y actividades

Interés y participación de la población

Personal capacitado

MSP prioriza las enfermedades crónicas del adulto mayor

La población recibe educación básica

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS.
<p><b>RESULTADO No 1</b></p> <p>1. Socialización e institucionalización del proyecto.</p> <p>1.1 Reunión con la dirección ejecutora.</p> <p>1.2 Firma de aceptación de la carta enviada para la realización del proyecto.</p> <p>1.3 Apoyo incondicional de la autoridad y personal interno para la ejecución del proyecto.</p>	<p>Maestrante y Dirección del Subcentro de Salud El Chaupi.</p>	<p>Enero 2010</p>	<p>Talento Humano Material de oficina. Computadora Impresora</p>
<p><b>RESULTADO No 2</b></p> <p>2. Equipo de trabajo conformado y actuando.</p> <p>2.1 Conformación de un equipo de trabajo S.C.S</p> <p>2.2 Planificación de las conferencias de capacitación al adulto mayor.</p> <p>2.3 Motivar y concientizar a los profesionales sobre la atención primordial a los adultos mayores.</p> <p>2.4 Elaboración de un instrumento para registro de participación.</p> <p>2.5 Ejecución y evaluación de las conferencias de capacitación</p>	<p>Maestrante y equipo de trabajo.</p>	<p>Marzo 2010</p>	<p>Talento Humano Material de oficina Material Bibliográfico Recursos materiales, infocus DVD, Video Encuestas</p>

<p><b>RESULTADO No3</b></p> <p>3. Motivación positiva al usuario interno y externo del S.C.S El Chaupi.</p> <p>3.1 Conferencia de motivación a los participantes.</p> <p>3.2 Capacitación al equipo de Salud</p> <p>3.3 Adultos Mayores y familiares.</p>	<p>Maestrante y equipo de trabajo</p>	<p>Abril 2010.</p>	<p>Talento humano Material de oficina Recursos materiales Plan de actividades recreativas.</p>
<p><b>RESULTADO No 4</b></p> <p>4. Propuesta de participación comunitaria para la formación del Club del Adulto Mayor.</p> <p>4.1 Palabras de bien venida por parte del Director del Subcentro de Salud.</p> <p>4.2 Elección de la Directiva para la formación del Club del Adulto Mayor.</p> <p>4.3 Aceptación y Posesión de la directiva</p>	<p>Maestrante y Equipo de trabajo conformado</p>	<p>Mayo 2010</p>	<p>Talento Humano Material de oficina.</p>

<b>RESULTADO No 5</b> 5. Elaboración de un programa educativo sobre la problemática que presenta el adulto mayor dirigida a su familia 5.1 Planificación de un programa educativo 5.2 Registro de asistencia 5.3 Ejecución de los talleres al cliente externo 5.4 Evaluación del programa educativo	Maestrante y Equipo de Trabajo	Junio 2010.	Talento Humano Material de oficina Material bibliográfico DVD, Encuestas.
<b>RESULTADO No 6</b> 6. Plan de seguimiento domiciliario 6.1 Realización de visitas domiciliarias 6.2 Revisión y apertura del carne a nuevos usuarios 6.3 Control de S.V , peso y glucosa 6.4 Control y registro de toma de medicación.	Equipo de trabajo Maestrante	Julio 2010	Talento Humano Material de oficina
<b>RESULTADO No 7</b> 7.-Evaluación de las actividades a través de los resultados obtenidos. 7.1.-Sistematización y análisis de resultados 7.2 Evaluación del grado de satisfacción al cliente externo	Maestrante y Equipo de trabajo	Julio 2010.	Talento Humano Material de oficina



# **9. RESULTADOS**

## **RESULTADO 1**

### **SOCIALIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROYECTO**

#### **PRODUCTO N: 1**

#### **PLAN DE SOCIALIZACIÓN**

##### **INTRODUCCIÓN.**

El plan de socialización del proyecto de acción tiene como propósito dar a conocer las actividades que se van a ejecutar dentro del programa de mejoramiento de la calidad de vida del Adulto Mayor en la Parroquia el Chaupi, usuarios que acuden al Subcentro de Salud para obtener el compromiso, apoyo logístico, profesional e institucional para poder intervenir en este tipo de problemas que afecta cada vez más al adulto mayor generando cuantiosos gastos en su tratamiento.

##### **OBJETIVO GENERAL.**

Socializar e institucionalizar el proyecto a la autoridad y personal interno del Subcentro de Salud El Chaupi.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1.- Obtener el apoyo y respaldo de las autoridades para llevar a cabo el proyecto.
- 2.- Actualizar al cliente interno sobre el tema de prevención y control de las enfermedades, crónicas
- 3.- Dictar talleres de actualización al cliente interno sobre las enfermedades crónicas con personal médico capacitado
- 4.- Evaluar el grado de actualización del cliente interno

## AGENDA DE SOCIALIZACIÓN.

Actividades	Responsables	Participantes
Firma del oficio de autorización para la ejecución del proyecto.	Maestrante	Director Maestrante
Compromiso de participación para la ejecución del proyecto	Maestrante.	Personal del S.C.S de Salud
Presentación del proyecto	Maestrante	Personal del S.C.S de Salud Maestrante.
Apoyo incondicional para la ejecución del proyecto	Cliente Interno Director	Personal del S.C.S de Salud Maestrante

## CONCLUSIONES.

- La reunión convocada tuvo mucha acogida de todo el personal involucrado los mismos que opinaron y realizaron algunas sugerencias y ajustes que ameritaba el tema.
- El Director y personal interno que labora en la unidad de salud demostró mucho interés, apoyo y compromiso para la ejecución del mismo.
- En la reunión se cumplieron los objetivos planteados por la maestrante, no teniendo ninguna objeción, por el contrario se contó con el apoyo total.
- Todo esto se realiza con inversión permanente e insistencia de la Maestrante y el compromiso de los directivos y profesionales del Subcentro de Salud El Chaupi.

**RESULTADO 2.**  
**EQUIPO DE TRABAJO CONFORMADO Y ACTUANDO.**

**PRODUCTO 2.**  
**CONFORMACION DEL EQUIPO DE TRABAJO QUE CAPACITO  
A TODOS LOS PROFESIONALES DEL SUBCENTRO DE SALUD  
EL CHAUPI.**

**INTRODUCCION.**

Todo proyecto debe tener el respaldo de un equipo multidisciplinario que apoye en la coordinación, evaluación y ejecución de las actividades. El equipo de trabajo está conformado por El Director del Subcentro, Coordinador del área, Maestrante, Licenciada Enfermera, Odontóloga, Obstetrix y Auxiliar de Enfermería.

El proyecto es de intervención social por parte de todos los profesionales de salud, para lograr promover los cambios en los estados de vida de la población a través de la educación que les permita ser útiles y capaces de afrontar cualquier problema que se les presente.

**OBJETIVO GENERAL.**

Actualizar al cliente interno sobre el tema de prevención y control de las enfermedades crónicas que presenta el adulto mayor en el Subcentro de Salud El Chaupi.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1.- Conformar el equipo de trabajo
- 2.- Dictar talleres de actualización al cliente interno sobre el tema de enfermedades Crónicas con personal médico capacitado
- 3.- Evaluar el grado de actualización del cliente interno
- 4.- Motivar y sensibilizar al personal interno para el posterior seguimiento

## **METODOLOGÍA**

Para la ejecución del proyecto se planificó, ejecutó y evaluó consiguiendo la participación y el cumplimiento al programa educativo por parte del cliente interno. Se realizaron dos conferencias de capacitación y motivación, posteriormente se finalizó con una encuesta para evaluar el nivel de actualización.

## **AGENDA DE REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN**

**INSTITUCIÓN:** Subcentro de Salud El Chaupi

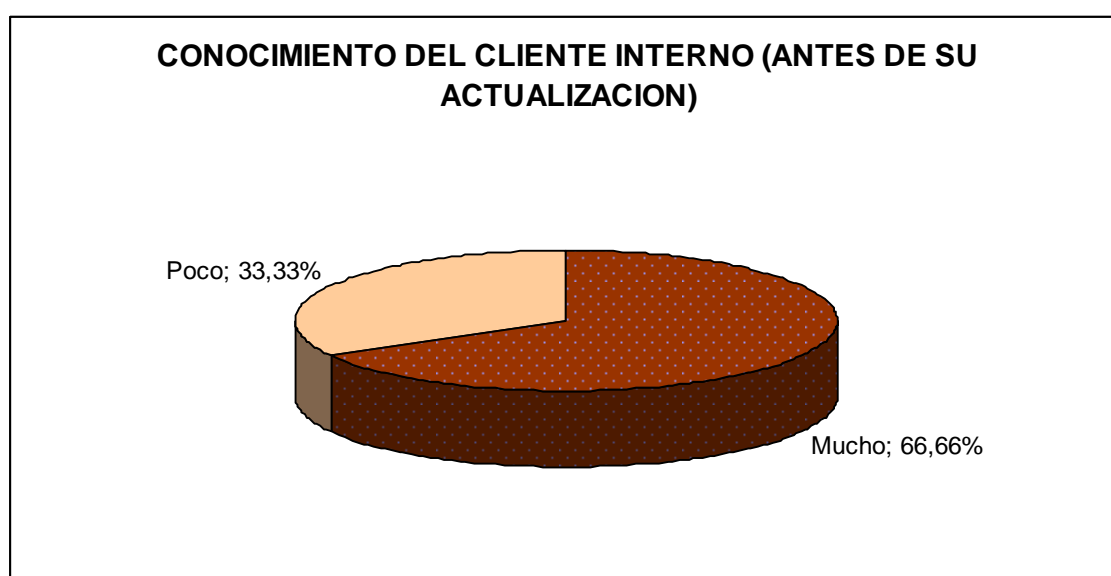
**DIRIGIDO A:** Personal profesional del Subcentro de Salud

**RESPONSABLES:** Lic. Susana Sumba

<b>FECHA</b>	<b>TEMA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
4 -04- 2010 9:00 am	Inauguración	Dr. Manuel Zurita Maestrante
4 -04- 2010 9:15	Bienvenida	Maestrante
4 -04- 2010 9:30 – 10:00	Enfermedades crónicas que presenta el adulto mayor.	Dr.: Manuel Zurita
4 -04- 2010 10:00- 10:30	Generalidades: Métodos de Diagnóstico y tratamiento clínico	Dr.: Manuel Zurita
4 -04- 2010 10:30- 11:00	Coffe Break	Maestrante
4 -04- 2010 10:00- 11:30	Prevención y control de las enfermedades crónicas en el adulto mayor	Dr. Manuel Zurita
4 -04- 2010 11:30- 12:00	Foro abierto	Dr. Manuel Zurita
4 -04- 2010 12:00- 12:30	Clausura	Maestrante

## PRODUCTO 2.1 EVALUACIÓN DEL GRADO DE ACTUALIZACIÓN DEL CLIENTE INTERNO

GRAFICO No 1



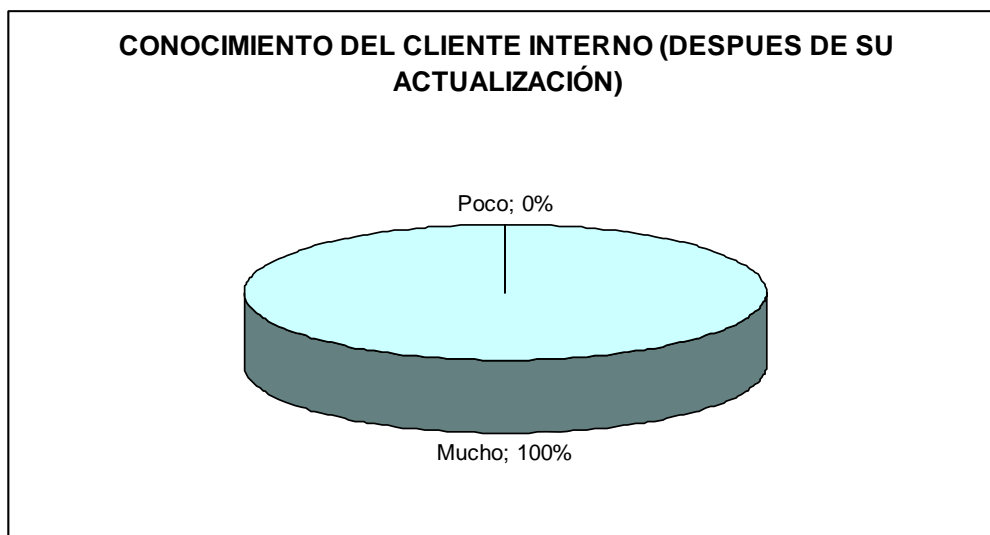
Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El cliente interno que labora en esta casa de salud no cuenta con programas de actualización constante por parte del Ministerio de Salud Pública y los pocos que existen no son bien establecidos ya que no brinda apoyo y colaboración en su totalidad para implementar programas de actualización. El personal interno que acude a capacitarse debería tener el compromiso para ser porta voz de salud de lo aprendido en práctica y no dejar pasar por alto dichas situaciones

**CUADRO No 2**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

### **ANALISIS ESTADISTICO**

La actualización de conocimientos es fundamental en cualquier etapa del ser humano ya que ayuda a incrementar su rendimiento y formación personal y profesional, tal como lo hemos conseguido con el personal que labora en el Subcentro de Salud El Chaupi quién brinda una atención oportuna, eficiente y eficaz pese a los limitados recursos con los que cuenta.

### **CONCLUSIONES**

- Con el programa de actualización al cliente interno están preparados para educar sobre las enfermedades crónicas del adulto mayor en cuanto a su prevención, control y tratamiento
- La actualización al cliente interno es indispensable para lograr mayor eficiencia y productividad
- Gracias a la actualización de conocimientos sobre el tema el personal interno se siente más seguro para responder dudas e inquietudes que puede tener el cliente externo

## **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN**

### **PLAN SINTETICO:**

**Tema:** Hipertensión Arterial

**Fecha:** 17 de marzo

**Hora:** De 09h00 a 12h00

**Grupo al que va dirigido:** Adultos Mayores y familiares

**Lugar:** Subcentro de Salud

**Responsable:** Lic. Susana Sumba

**Estrategia educativa:** Exposición

**Técnicas utilizadas:** Charlas educativas

**Evaluación:** A través de encuestas.

### **Objetivo general**

Capacitar a los Adultos Mayores y familiares sobre la Hipertensión arterial que presenta esta población en cuanto a su prevención y tratamiento garantizando su intervención inmediata.



## HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Objetivos específicos	Contenido	Duración	Responsable
Dar a conocer el concepto de la Hipertensión arterial	<p><b>DEFINICIÓN.-</b> Es la enfermedad que traduce elevación de las cifras de tensión arterial, comprobando por más de tres ocasiones que es mayor de 130/ 85. Tiene un patrón hereditario, aunque no totalmente evidente. Afecta al 25% de la población, se inicia después de los 20 años y afecta en mayor grado al sexo masculino. Puede ser asintomático, pero ocasionalmente se manifiesta con dolor de cabeza de localización occipital, mareo, tinitus y aún accidentes cerebros vasculares.</p> <p>Concepto de Hipertensión arterial</p>	15 minutos	LIC: Susana Sumba
Dar a conocer la clasificación de la Hipertensión arterial	<p><b>CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b></p> <p><b>GRADO I O HIPERTENSIÓN LEVE:</b> Es de carácter establecido, cuya cifras tensionales sistólicas están comprendidas entre 160 y 200 mm Hg, la tensión está simplemente elevada sin síntomas de alteraciones orgánicas.</p> <p><b>GRADO II O HIPERTENSIÓN MODERADA:</b> Es una hipertensión establecida, cuyas cifras tensionales sistólicas están comprendidas entre 200 mm H, y 240 mm Hg y las cifras diastólicas entre 110 y 130 mm Hg. Se caracteriza por cambios en los órganos objetivos: Hipertrofia del ventrículo izquierdo, estrechamiento arteriolar en el fondo de ojo (los llamados hilos de pata) y/o síntomas de lesión renal.</p> <p><b>GRADO III O HIPERTENSIÓN GRAVE:</b> Esta hipertensión también tiene carácter establecido y las sistólicas están entre 240 y 270 mm HG, y diastólicas y 130 Y 140 MM Hg, en este estadio se aprecia lesión avanzada en el corazón, cerebro, riñones y los ojos.</p> <p><b>GRADO IV O HIPERTENSIÓN MALIGNA:</b> Cuyo carácter es acelerado en donde las cifras sistólicas son superiores a 270 y 140 mm Hg, respectivamente.</p>	15 minutos	Lic: Susana Sumba

Motivar y sensibilizar a los adultos mayores.	Coffe Break	30 minutos	Lic. Susana Sumba
Identificar los tipos de Hipertensión arterial	<p>TIPOS DE HIPERTENSION ARTERIAL.</p> <p>Existen des tipos.</p> <p>Hipertensión primaria.</p> <p>Es de causa desconocida que presenta la gran mayoría de pacientes que no padece de ninguna enfermedad a la que puede atribuirse , algunos investigadores consideran que probablemente no existe ningún factor que si solo determine la elevación de la presión arterial</p>	15 minutos	Lic: Susana Sumba
Concientizar sobre los factores de riesgo	<p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <p>Existe interacción entre la genética y el medio ambiente, si bien la hipertensión tiende a aparecer en familias, también pueden ser resultados ambientales.</p> <p>Cuando existen antecedentes de hipertensión arterial en el padre y la madre, la presentación de una hipertensión arterial en sus descendientes es casi obligada, demostrándonos con esto que los progenitores tiene uno o varios genes que se asocian con el problema en particular por lo que es importante que el núcleo familiar sospechoso se somete a reconocimientos, incluso los niños porque el cuadro se establece desde la infancia y así poder adaptar medidas preventivas.</p> <p><b>EDAD Y SEGNIUD</b></p> <p>En toda sociedad industrializada y pre industrializada, la presión arterial asciende con la edad, posiblemente por el resultado del espesamiento del árbol arterial (perdida de la elasticidad de las grandes arterias principales como la aorta).</p>	30 minutos	Lic: Susana Sumba

	<p><b>RAZA Y ESTADO SOCIAL</b></p> <p>La hipertensión en la raza negra es mayor y más grave que en los sujetos de raza blanca, e implican una mayor mortalidad, podría que este fenómeno no sólo está ligado a los genes sino a los grados de diferencias sociales y que tienen una trascendencia en Salud Pública ya que en la población negra la hipertensión es más frecuente y más grave y conlleva a una mayor mortalidad</p> <p><b>TENSIONES AMBIENTALES</b></p> <p>El estrés emocional en casa, en el trabajo, pueden causar un notable ascenso de la presión arterial que provoca una respuesta del sistema cardiovascular, por lo regular estos hipertensos son transitorios y es muy difícil demostrar exactamente hasta qué grado el estrés es un factor desencadenante de hipertensión.</p> <p><b>OBESIDAD</b></p> <p>La obesidad contribuye a la arterioesclerosis, que es la afección subyacente del accidente cerebro-vascular y las enfermedades cardíacas, contribuye al cuadro de hipertensión arterial. La asociación de la obesidad con la hipertensión arterial es casi bien conocida y esto solamente puede explicarse en parte por la tendencia a sobre calcular la presión arterial en brazos gruesos.</p> <p><b>EJERCICIO</b></p> <p>El ejercicio físico vigoroso es causa de presiones sistológicas transitorias similares a la hipertensión grave, pero con una resistencia arteriolar periférica menor muy poco cambio en la presión diastólica. Una vez terminado el ejercicio, los valores regresan a sus cifras normales en forma casi inmediatamente.</p> <p><b>DIETA</b></p>		
--	---	--	--

	<p>De igual manera, la dieta hiperproteica, con exceso de grasa saturada y poca fibra no es causa indirecta de hipertension sin embargo los pacientes hipertensos deberian disminuir el consumo de grasas saturadas a fin de no elevar las cifras de colesterol serico, ya que este aumenta la posibilidad de adquirir arterioesclerosis aumentando asi su riesgo de enfermedad coronaria.</p> <p><b>EL ALCOHOL</b></p> <p>El alcohol en si no es un agente presor directo sin embargo la ingestión excesiva de alcohol es perjudicial para los pacientes hipertensos ya que los alcohólicos en su mayoría sufren de hipertension arterial.</p> <p><b>TABACO</b></p> <p>Estudios realizados entre el fumador y arterioesclerosis coronaria nos indica que por un lado existe una asociación positiva entre los dos, en otro habia poca evidencia de algún aumento en la severidad de las lesiones arterioesclero</p>		
--	--	--	--

## **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

### **PLAN ANALÍTICO**

**Institución:** Subcentro de Salud El Chaupi

**Fecha:** 17 de marzo del 2010

**Duración:** 4 Horas

**Horario:** Miércoles de 08h00 a 12h00

**Grupo al que va dirigido:** Adultos Mayores y familiares

**Lugar:** Subcentro de salud El Chaupi

**Temática:** Charlas educativas

**Medios utilizados:** Audiovisuales, colash

**Responsable:** Lic. Susana Sumba

**Evaluación:** a Través de preguntas y respuestas

**Bibliografía:** EDMONDS, D. "La calidad de la vida con el tratamiento Antihipertensivo"  
Revista Excepta Médica Vol II. 2001.

#### **Objetivo general**

Capacitar a los Adultos Mayores y familiares sobre la Hipertensión arterial que presenta esta población en cuanto a su prevención y tratamiento garantizando su intervención inmediata.

## **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN DIABETES**

### **PLAN SINTETICO:**

**Tema:** Diabetes

**Fecha:** 18 de marzo

**Hora:** De 08h00 a 12h00

**Grupo al que va dirigido:** Adultos Mayores y familiares

**Lugar:** Subcentro de Salud

**Responsable:** Lic. Susana Sumba

**Estrategia educativa:** Exposición

**Técnicas utilizadas:** Charlas educativas

**Evaluación:** A través de encuestas.

### **Objetivo general**

Capacitar a los Adultos Mayores y familiares sobre la Diabetes que presenta esta población en cuanto a su prevención y tratamiento garantizando su intervención inmediata.

## DIABETES

Objetivos específicos	Contenido	Duración	Responsable
Concientizar de lo que es la Diabetes	<b>DEFINICIÓN:</b> Es una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar efectivamente la insulina que produce y ocasiona daño en el sistema cardiovascular con complicaciones no controladas, macro circulatorias y micro circulatorias en ojos, riñones, corazón nervios y vasos sanguíneos del pacientes.	15 minutos	Lic: Susana Sumba
Identificar las causas de la Diabetes	Causas de la Diabetes	15 minutos	Lic. Susana Sumba
Dar a conocer los tipos de Diabetes	<b>TIPOS</b> <b>LA DIABETES PUEDE SER DE TIPO I.</b> caracterizada por ser de origen genético, o ser originado luego de una enfermedad viral tipo parotiditis dependiente de la insulina pancreática; la edad de inicio es entre 8 y 12 años y en la adolescencia temprana. Tiene un rápido inicio, susceptible a la cetosis y puede presentarse en personas de peso normal o bajo <b>LA DIABETES NO INSULINO DEPENDIENTE O TIPO II.</b> Es más frecuente con el 80% del total de personas con esta enfermedad. Se caracteriza por hiperglicemia no cetósica consecuencia de intolerancia o resistencia a la insulina. Inicia después de los 40 años, produce mayor afectación del sexo femenino. Determinada por susceptibilidad familiar poli génica, obesidad, hipotiroidismo, sedentarismo.	15 minutos	Lic: Susana Sumba

	Prevalencia de 5000/ 100.000 habitantes al año. Tipos de Diabetes		
Informar la clínica de la Diabetes	Clínica de la Diabetes	15 minutos	Lic: Susana Sumba
Motivar y sensibilizar a los adultos mayores.	Coffe Break	30 minutos	Lic. Susana Sumba
Dar a conocer los signos y síntomas de la Diabetes	<b>LOS SINTOMAS SON :</b> Variados desde la ausencia de ellos o pérdida de peso sin explicación, hasta sed y hambre excesiva, deseos de orinar, debilidad, infecciones frecuentes, dolores en los miembros inferiores, pérdida de la visión, daño del riñón	15 minutos	Lic: Susana Sumba
Concientizar sobre las complicaciones de la Diabetes	<b>COMPLICACIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones oculares: Cataratas, Retinopatía</li> <li>• Nefropatía</li> <li>• Complicaciones cutáneas: Ulceras isquémicas en extremidades inferiores.</li> <li>• Neuropatía sensitiva o motora</li> <li>• Complicaciones vasculares: Arterioesclerosis, infarto de miocardio, claudicación intermitente. Atrofia muscular y cutánea y gangrena</li> <li>• Microangiopatía a cualquier nivel.</li> </ul>	30 minutos	Lic: Susana Sumba



Informar el diagnostico y tratamiento de la Diabetes	<b>TRATAMIENTO</b>  La base del tratamiento es integral tanto de alimentación proporcionada, de acuerdo a la actividad que realice en relación directa con el peso, asociado a la actividad física diaria, regular y recomendada en forma individual para cada paciente.  El tratamiento farmacológico se da al paciente que no mejora sus niveles de glicemia a pesar de tener alimentación equilibrada.	30 minutos	Lic: Susana Sumba
--	---	------------	-------------------

## **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN DIABETES**

### **PLAN ANALÍTICO**

**Institución:** Subcentro de Salud El Chaupi

**Fecha:** 18 de marzo del 2010

**Duración:** 4 Horas

**Horario:** Jueves, de 08h00 a 12h00

**Grupo al que va dirigido:** Adultos Mayores y familiares

**Lugar.** Subcentro de salud El Chaupi

**Temática:** Charlas educativas

**Medios utilizados:** Audiovisuales, colash

**Responsable:** Lic. Susana Sumba

**Evaluación:** a Través de preguntas y respuestas

**Bibliografía:** “CONSENSO SOBRE PREVENCIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE”. Ed. Mayo Buenos Aires, Argentina. 2000

**Objetivo general**

Capacitar a los Adultos Mayores y familiares sobre la diabetes en cuanto a su prevención y tratamiento garantizando su intervención inmediata.

## **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

### **PLAN SINTETICO:**

**Tema:** Estilos de vida saludable

**Fecha:** 19de marzo

**Hora:** De 09h00 a 12h00

**Grupo al que va dirigido:** Adultos Mayores y familiares

**Lugar:** Subcentro de Salud

**Responsable:** Lic. Susana Sumba

**Estrategia educativa:** Exposición

**Técnicas utilizadas:** Charlas educativas

**Evaluación:** A través de encuestas.

### **Objetivo general**

Capacitar a los Adultos Mayores y familiares sobre estilos de vida saludable a esta población en cuanto a su prevención y tratamiento garantizando su intervención inmediata.

## ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Objetivos específicos	Contenido	Duración	Responsable
Dar a conocer el concepto de lo que es estilos de vida saludable	<p><b>ESTILOS DE VIDA SALUDABLE</b></p> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Son los procesos sociales las tradiciones los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conlleva a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar físico, mental y social. Es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición de factores nocivos que representan riesgo para la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentación adecuada</li><li>• Promoción de la actividad física</li><li>• Control del tabaquismo</li><li>• Otras adicciones.</li></ul>	15 minutos	Lic: Susana Sumba
Elaborar una guía de alimentación equilibrada	<p><b>ALIMENTACIÓN SALUDABLE:</b> Es la que nos permite crecer y desarrollarnos en un buen estado de salud, sin carencias ni excesos de peso.</p> <p>La buena alimentación requiere de todos los alimentos con moderación, balance y variedad.</p> <p><b>UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA CONTIENE:</b></p>	15 minutos	Lic. Susana Sumba

	<p>50 – 60 % de Hidratos de carbono                  10 – 15% de proteínas                  No más del 30% de grasas</p>		
<p>Informar acerca de lo que es la actividad física y sus beneficios</p>	<p><b>ACTIVIDAD FÍSICA:</b> Es todo movimiento producido por los músculos del cuerpo que provoca un gasto sustancial de la energía frente al reposo</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Lic: Susana Sumba</p>
<p>Concientizar de lo que es la obesidad y el sobre peso</p>	<p><b>OBESIDAD Y SOBREPESO:</b> La actividad física permite controlar el peso por el gasto de energía que se provoca.                  Se necesita actividades prolongadas de 30 a 60 minutos diarios.                  La intensidad de la actividad debe ser utilizada 50 a 80% de las posibilidades de la persona.                  Asociada con una alimentación equilibrada y controlada</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Lic: Susana Sumba</p>
<p>Motivar y sensibilizar a los adultos mayores.</p>	<p>Coffe Break</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Lic. Susana Sumba</p>
<p>Proporcionar los valores normales del colesterol</p>	<p><b>NIVELES DE COLESTEROL:</b> Loa estudios demuestran que la actividad física permite:                  Bajar los niveles de colesterol malo LDL                  Aumentar los niveles de colesterol bueno HDL.                  Diabetes: Los estudios demuestran que la actividad física</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Lic: Susana Sumba</p>

	<p>permite:</p> <p>Mejorar la capacidad del cuerpo para usar la insulina</p> <p>Bajar su peso puede retrasar y de pronto evitar la diabetes tipo 2</p>		
Concientizar sobre los cuidados	<p><b>RECOMENDACIONES:</b></p> <p>Ejercicio regular con las siguientes características.</p> <p><b>Duración.</b> Empezar con secciones de 15 minutos que gradualmente se pueden ir alargando hasta alcanzar 30 hasta 60 minutos.</p> <p><b>Frecuencia.</b> 4 a 5 veces por semana, de ser posible diariamente</p> <p><b>Intensidad.</b> Moderada, es decir cercana a un 50-80% de la capacidad máxima de un individuo, lo que corresponde a una intensidad en la cual se puede hacer ejercicio y hablar normalmente sin voz entrecorta</p> <p>Topo. Aeróbico, es decir actividades que oxigenan el organismo, caminar, trotar, nadar, bailar, montar en bicicleta, patinar.</p> <p><b>RECOMENDACIONES.</b></p> <p>Consumir una variedad suficiente de alimentos</p> <p>Mantener un peso adecuado.</p> <p>Elegir una dieta pobre en grasa, grasa saturada y colesterol.</p> <p>Elegir una dieta rica en verdura, frutas y cereales.</p> <p>Emplear azúcares en forma moderada</p>	30 minutos	Lic: Susana Sumba

## **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

### **PLAN ANALÍTICO**

**Institución:** Subcentro de Salud El Chaupi

**Fecha:** 19 de marzo del 2010

**Duración:** 4 Horas

**Horario:** Jueves, de 08h00 a 12h00

**Grupo al que va dirigido:** Adultos Mayores y familiares

**Lugar.** Subcentro de salud El Chaupi

**Temática:** Charlas educativas

**Medios utilizados:** Audiovisuales, colash

**Responsable:** Lic. Susana Sumba

**Evaluación:** a Través de preguntas y respuestas

**Bibliografía:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2002), Informe sobre la salud en el mundo 2002- Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS, 2002

#### **Objetivo general**

Capacitar a los Adultos Mayores y familiares sobre estilos de vida saludable en cuanto a su prevención y tratamiento



## **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN ALZHEIMER**

### **PLAN SINTETICO:**

**Tema:** Alzheimer

**Fecha:** 21 de marzo

**Hora:** De 08h00 a 12h00

**Grupo al que va dirigido:** Adultos Mayores y familiares

**Lugar:** Subcentro de Salud

**Responsable:** Lic. Susana Sumba

**Estrategia educativa:** Exposición

**Técnicas utilizadas:** Charlas educativas

**Evaluación:** A través de encuestas.

### **Objetivo general**

Capacitar a los Adultos Mayores y familiares sobre la enfermedad del Alzheimer al adulto mayor y familiares en cuanto a su prevención y tratamiento garantizando su intervención inmediata.

## ALZHEIMER

Objetivos específicos	Contenido	Duración	Responsable
Dar a conocer el concepto de lo que es el Alzheimer	<b>ALZHEIMER</b> <b>ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</b> <b>Definición:</b> La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro para la cual no existe recuperación. Es la más común de las demencias. Lentamente, la enfermedad ataca las <b>células</b> nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas <b>estructuras</b> circundantes, deteriorando así las capacidades de la persona de controlar las <b>emociones</b> , reconocer errores y patrones, coordinar el <b>movimiento</b> y recordar. Al final, la persona pierde toda la memoria y funcionamiento mental. Es ahora la cuarta causa principal de <b>muerte</b> en los adultos y, a menos que se desarrollen <b>métodos</b> eficaces para la prevención y el tratamiento.	15 minutos	Lic: Susana Sumba
Concientizar sobre las causas que producen el Alzheimer	<b>Causas de la Enfermedad de Alzheimer, incidencias y factores de riesgo.</b> La causa de la enfermedad de Alzheimer se desconoce, pero no es parte del proceso de envejecimiento normal. Se han descartado las teorías anteriores sobre la acumulación de aluminio, plomo, mercurio y otras sustancias en el organismo. <b>Factores Biológicos:</b> Las neuronas que controlan la memoria y el pensamiento están deterioradas, interrumpiendo el paso de mensajes entre ellas. Estas células desarrollan cambios distintivos: placas seniles y haces neurofibrilares (degeneraciones del tejido cerebral).	15 minutos	Lic. Susana Sumba

	<p>La corteza del cerebro (principal origen de las funciones intelectuales) se atrofia, se encoge y los espacios en el centro del cerebro se agrandan, reduciendo por lo tanto su superficie.</p> <p><b>Respuesta Inflamatoria</b></p> <p>Algunos investigadores piensan que la beta amiloide puede romperse en fragmentos que sueltan radicales libres de oxígeno (químicos normales en el cuerpo que causan varios procesos dañinos cuando son producidos en exceso). Uno de estos procesos puede ser la respuesta inflamatoria, en la que el sistema inmunitario libera anticuerpos cuya misión es combatir los agentes nocivos, pero, si se producen en exceso, pueden lesionar las mismas células del cuerpo.</p> <p><b>Factores Genéticos</b></p> <p>La destrucción de las células nerviosas (neuronas) lleva a una disminución de los neurotransmisores (sustancias secretadas por una neurona para enviar los mensajes a otra neurona), cuyo equilibrio Al causar cambios tanto estructurales como químicos en el cerebro, la enfermedad de Alzheimer parece desconectar áreas del cerebro que normalmente trabajan juntas.</p> <p>Hay dos tipos de enfermedad de Alzheimer, la de aparición temprana y la de aparición tardía. En la primera, los síntomas aparecen antes de los 60 años y, en algunos casos, la enfermedad de inicio temprano se presenta en familias e involucra mutaciones hereditarias autosómicas dominantes que pueden ser la causa de la enfermedad. Hasta ahora, se han identificado tres genes de aparición temprana, que es el tipo menos común, ya que comprende sólo entre el 5 y el 10% de los casos.</p>		
--	---	--	--

<p>Informar acerca de los signos y síntomas de esta patología</p>	<p><b>¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?</b>                  Repetición frecuente de frases                  Ubicación equivocada de cosas con frecuencia                  Dificultad para recordar el nombre de objetos conocidos                  Perderse en rutas conocidas                  Cambios de personalidad                  Convertirse en una persona pasiva y sin interés por las cosas que antes disfrutaba                  A medida que avanza la enfermedad, los déficits se hacen más evidentes. Algunos de los síntomas son:                  Disminución en el conocimiento de los hechos recientes                  Alucinaciones, discusiones, golpes, y presenta conducta violenta</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Lic: Susana Sumba</p>
<p>Informar sobre las complicaciones que produce el Alzheimer</p>	<p><b>Complicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la capacidad para funcionar o cuidarse a sí mismo</li> <li>• Complicaciones ocasionadas por la inmovilidad</li> <li>• Escaras</li> <li>• Huesos rotos</li> <li>• Contracturas musculares (pérdida de la capacidad para mover articulaciones debido a la pérdida de la función muscular)</li> <li>• Pérdida de la capacidad para interactuar</li> <li>• Incremento en la incidencia de infecciones en cualquier parte del cuerpo</li> <li>• Fallas en los sistemas corporales</li> <li>• Disminución de las expectativas de vida</li> <li>• Abuso por parte de la persona que cuida al enfermo y que se encuentra muy estresada</li> </ul>	<p>15 minutos</p>	<p>Lic: Susana Sumba</p>

Motivar y sensibilizar a los adultos mayores.	Coffe Break	30 minutos	Lic. Susana Sumba
Dar a conocer el Diagnostico del esta patologia	<p>No se ha creado todavía una prueba diagnóstica para detectar la enfermedad del Alzheimer incluso en los pacientes que demuestran demencia.</p> <p>El médico llevara a cabo una serie de exámenes para descartar otros trastornos que pueden ser responsables de los síntomas del paciente entre ellos, depresión severa, enfermedad de Parkinson, accidentes cerebro vasculares múltiples, y abuso de drogas.</p> <p>Además de los exámenes de sangre, IRM, puede demostrar una disminución en el tamaño de la corteza cerebral o del área del cerebro responsable de la memoria.</p>	15 minutos	Lic: Susana Sumba
Concientizar sobre el tratamiento	<p><b>Tratamiento</b></p> <p>La enfermedad de Alzheimer no se puede curar ni es posible restaurar las funciones deterioradas. Actualmente, es posible retardar su progreso pero no detenerla.</p> <p>El tratamiento va destinado a retardar la evolución de la enfermedad, a manejar los problemas de conducta, la confusión y la agitación, a modificar el ambiente del hogar y, lo más importante, a ofrecer apoyo a la familia. A medida que la enfermedad evoluciona puede causarle más daño a la familia que al paciente en sí.</p>	30 minutos	Lic: Susana Sumba

## **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN ALZHEIMER**

### **PLAN ANALÍTICO**

**Institución:** Subcentro de Salud El Chaupi

**Fecha:** Lunes 21 de marzo del 2010

**Duración:** 4 Horas

**Horario:** De 08h00 a 12h00

**Grupo al que va dirigido:** Adultos Mayores y familiares

**Lugar.** Subcentro de salud El Chaupi

**Temática:** Charlas educativas

**Medios utilizados:** Audiovisuales, colash

**Responsable:** Lic. Susana Sumba

**Evaluación:** a Través de preguntas y respuestas

**Bibliografía:** Vivir con.....la enfermedad de Alzheimer " Jacques Selmes y Micheline Antoine Selmes. Edición en Español. Francia 2.000

#### **Objetivo general**

Capacitar a los Adultos Mayores y familiares sobre la enfermedad del Alzheimer en cuanto a su prevención y tratamiento

## PRODUCTO No 2

### EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO ADQUIRIDO POR EL CLIENTE EXTERNO.

GRAFICO No 1



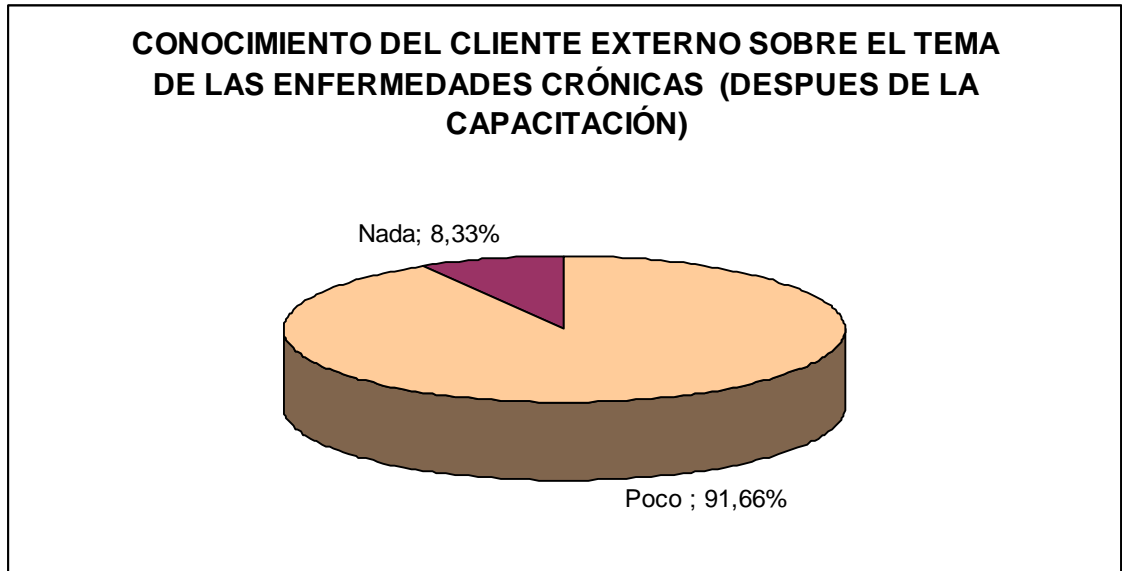
Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

#### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Debido a que existe un gran porcentaje de desconocimiento respecto a lo que son las enfermedades crónicas, la capacitación al cliente externo que acude al Subcentro de Salud de El Chaupi es imprescindible para prevenir dicha patología creando conciencia de lo que es la prevención y control periódico para de esta manera mejorar la calidad de vida de los usuarios, familia y comunidad.

**GRAFICO No 2**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

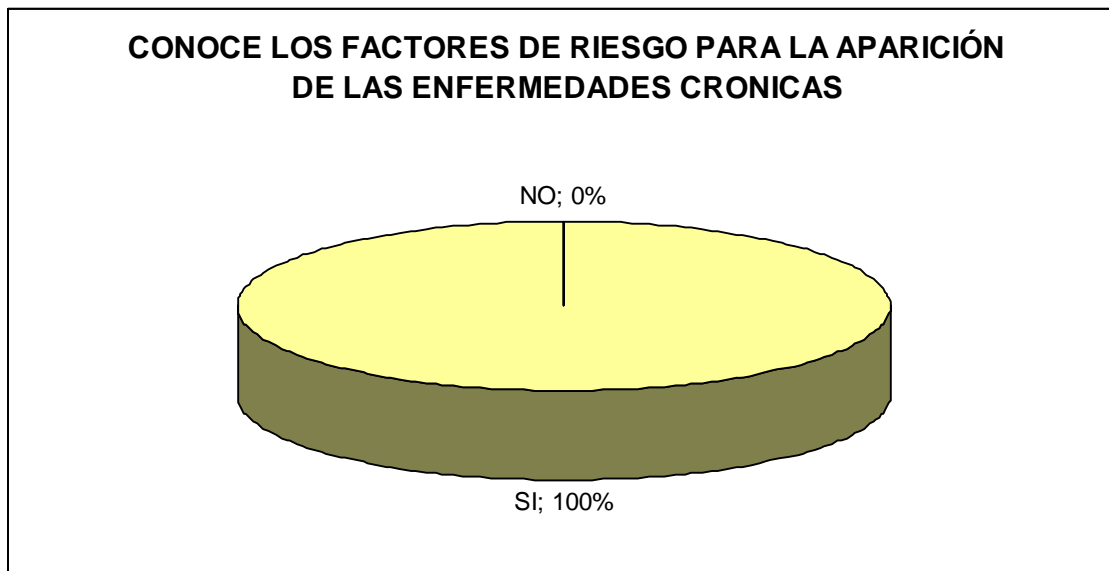
Fuente: Encuesta de evaluación

### **ANALISIS ESTADISTICO**

Mediante la capacitación hemos conseguido incrementar el grado de conocimiento y concientización de los pacientes, además de conseguir que valoren su vida al acudir periódicamente a realizarse un chequeo médico



**GRAFICO No 3**



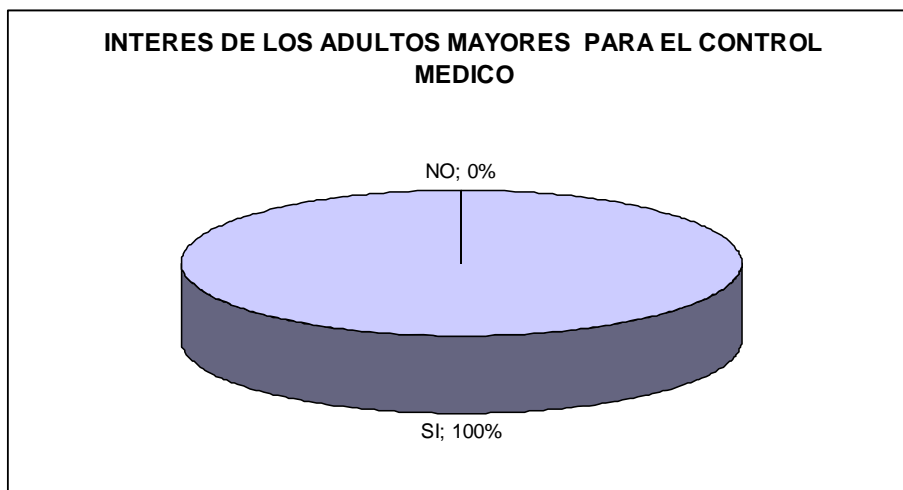
Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

**ANALISIS ESTADISTICO**

El 100% de la población encuestada manifiesta que si tienen los conocimientos claros de los factores de riesgo para la aparición de las enfermedades crónicas, sin embargo es necesario dar mayor información para unificar criterios y aclarar dudas que tengan los adultos mayores

**CUADRO No 4**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

### **ANALISIS ESTADISTICO**

El 100% de los pacientes manifiestan que van acudir periódicamente al control médico los mismos que les ayudarán a detectar a tiempo el tipo de patologías que pueden presentar

### **CONCLUSIONES**

- De acuerdo a la encuesta para determinar el grado de capacitación y conocimiento referente al tema de las enfermedades crónicas por parte del cliente externo podemos observar que inicialmente 20% conocía muy poco acerca del tema y el 80% desconocía completamente, pero esto fue cambiando gracias a la ejecución, capacitación continua y evaluación consiguiendo que él 100% conozca ampliamente
- Mediante la capacitación hemos conseguido informar, educar, motivar y concientizar al cliente externo, familia y entorno social para que acudan periódicamente a realizarse controles y chequeos que les ayudarán a ganar años de salud y vida.

**RESULTADO 3.**  
**MOTIVACION POSITIVA AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO**  
**DEL SUBCENTRO DE SALUD EL CHAUPI.**

**PRODUCTO 3.**  
**MOTIVACIÓN REALIZADAS AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO**  
**DEL SCS EL CHAUPI.**

**INTRODUCCION.**

Continuando con nuestra política de salud de servir a la comunidad y trabajar con ella sin olvidar nuestros principios de equidad, solidaridad, calidad y calidez en este proyecto he decidido plasmar algunas ideas que nos motivará a seguir trabajando, así pues con mayores conocimientos con un reconocimiento a tan solo a una palabra de aliento a mi proyecto, sentirlo y vivir, ha sido importante para transmitirlo a nuestros usuarios externos que en su mayoría pasan los 65 años pero que también se contagian con esta motivación y el deseo de vivir y seguir luchando día a día .

**OBJETIVO GENERAL**

Motivar y capacitar al cliente externo mediante el desarrollo de un programa estratégico para prevención y control de las enfermedades crónicas en el Subcentro de Salud El Chaupi

**OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Planificar, ejecutar y evaluar el programa de capacitación para el cliente externo
- Lograr una motivación positiva de los clientes externos.
- Capacitar al cliente externo con personal médico especializado

**METODOLOGIA.**

Encuesta

Promoción, difusión y charlas

**AGENDA**

**PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN Y MOTIVACIÓN AL  
CLIENTE EXTERNO.**

**INSTITUCIÓN:** Subcentro de Salud El Chaupi

**DIRIGIDO A:** Cliente externo

**RESPONSABLE:** Lic. Susana Sumba.

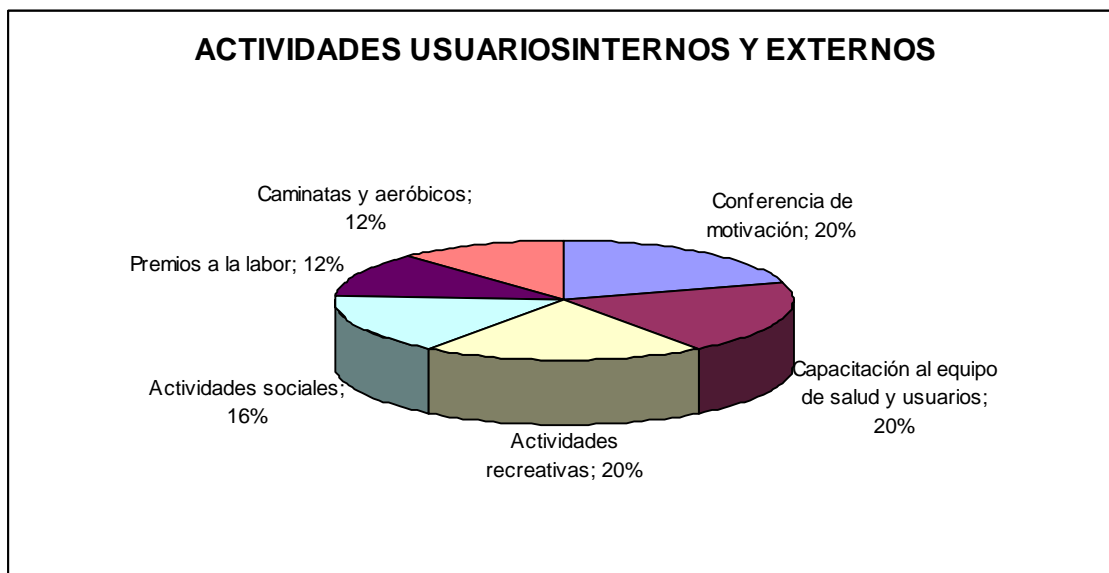
<b>TEMAS</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESPONSABLES</b>
Conferencia de motivación	9 de abril del 2010	Maestrante y Equipo de trabajo,
Capacitación al equipo de Salud y Adultos Mayores.	9 de abril del 2010	Maestrante y Equipo de trabajo
Actividades recreativas.	16 de abril del 2010	Maestrante y Equipo de trabajo
Actividades sociales	16 de abril del 2010	Maestrante y Equipo de trabajo
Premios a la labor	16 de abril del 2010	Maestrante.
Caminatas y aeróbicos	16 de abril del 2010	Maestrante y Equipo de trabajo.

### CUADRO No 1

#### PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE MOTIVACION POSITIVA A USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL S.C.S EL CHAUPI

#### GRAFICO No 1

#### PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE MOTIVACION POSITIVA A USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL S.C.S EL CHAUPI.



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: S.C.S. El Chaupi.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La primera tabla nos permite observar que se han realizado 25 actividades de motivación con una buena acogida por parte de los profesionales de salud y los usuarios, cabe destacar que se ha realizado por primera vez este tipo de proyecto así podemos indicar los siguientes resultados: La capacitación de motivación alcanzaron un 20%, seguidos por la capacitación a los profesionales de salud y a los usuarios, con un 20%, las actividades recreativas con el 20%, las actividades sociales con un 16% en donde se realizó rifas, e incentivos a los mejores participantes, premios a la labor con un 12% en donde se les otorgó premios a los usuarios que mayor interés

demonstraron, las caminatas y aeróbicos ocuparon el 12% las mismas que sirvieron y lo disfrutaron con sus compañeros mejorando sus lazos familiares.

### **CONCLUSIONES.**

Se menciona que las actividades han generado la motivación a nuestro personal y usuarios externos lo cual se representa en el apoyo al proyecto, sobre todo al mejoramiento de calidad de nuestra población objetivo

**RESULTADO 4**  
**PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.**  
**PRODUCTO 4**  
**CREACION DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR**

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL SUBCENTRO DE  
SALUD EL CHAUPI PARA LA FORMACIÓN DEL CLUB DEL  
ADULTO MAYOR.**

**INTRODUCCION.**

Muchos problemas que afectan globalmente la salud de la comunidad tiene como trasfondo se requiere de una participación activa y permanente de la comunidad por lo que el proyecto tiene como rol fundamental formar el club del adulto mayor para impulsar y mantener un proceso de identificación, análisis y solución conjunta con la participación de la comunidad de manera organizada con actividades desarrolladas en el Subcentro de salud el Chaupi.

**OBJETIVO GENERAL.**

Dar a conocer la importancia de la formación del Club del Adulto Mayor, encaminadas a mejorar su situación de salud y a mejorar su estilo de vida.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Concientizar la importancia sobre la formación del club del adulto mayor
- Elegir y posesionar a los directivos del Club
- Designar y conformar las siguientes comisiones
- Realizar la nómina de aceptación de todos los participantes

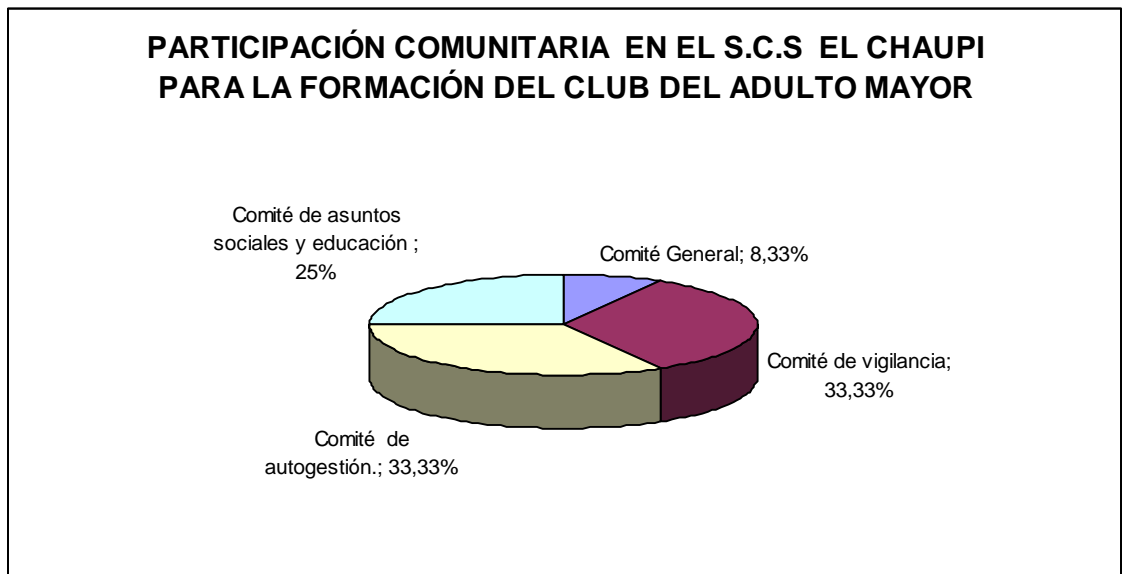
**AGENDA PARA LA FORMACION DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR  
USUARIOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD EL CHAUPI.**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESPONSABLES</b>
Dar la bienvenida a los asistentes	12 de mayo del 2010	Director del SCS
Conformación y funcionamiento del Club del Adulto Mayor.	12 de mayo del 2010	Personal del SCS El Chaupi, Maestrante
Designación de las diferentes Comisiones	12 de mayo del 2010	Personal del SCS El Chaupi, Maestrante
Control de asistencia de los participantes	12 de mayo del 2010	Personal del SCS de Salud, Maestrante.
Programar las actividades a realizarse posteriormente	12 de mayo del 2010	Personal del Subcentro de Salud, Maestrante.



### GRAFICO No 1

#### PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL S.C.S. EL CHAUPI PARA LA FORMACION DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR.



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Cuaderno del Club El Chaupi

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La participación de la comunidad ha sido muy importante para el desarrollo de todas las actividades propuestas en el proyecto del Adulto mayor. Así tenemos su organización, el comité general representa el 8.33%, se ha organizado comisiones como de vigilancia 33.33%, seguido por el comité de autogestión con un porcentaje de 33.33%, los asuntos sociales y de educación alcanzaron resultados del 25% que actualmente se encuentran trabajando.

## **CONCLUSIONES.**

Cabe mencionar que al realizar la formación del club del adulto mayor, cada persona se ha unido con su familia y así con la comunidad desarrollando una actividad participativa de calidad, coordinando y optimizando, cambiando no solo su forma de vida sino impulsando a un trato humanizado con respeto a su cultura y nivel social.

**RESULTADO No 5**  
**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LA PROBLEMÁTICA QUE**  
**PRESENTA EL ADULTO MAYOR DIRIGIDA A SU FAMILIA.**

**PRODUCTO No 5**  
**PLAN EDUCATIVO SOBRE LA DETENCIÓN DE**  
**ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR.**

**INTRODUCCIÓN:**

Para la prevención de diferentes enfermedades es imprescindible la educación, el conocimiento de la patología y las formas de prevención disminuyen notablemente los temores e inquietudes, se tuvo también la colaboración del cliente externo y de sus familiares

Para lograr esta actividad por parte de sus familiares, se promociono a través de líderes comunitarios, barriales, deportivos, con la realización de charlas educativas, donde se utilizaron variables como: Edad, sexo, Tipo de enfermedad que padecen, realización de glucosa y verificación de estados de abandono.

**OBJETIVO GENERAL**

Informar y concienciar a la familia sobre la importancia y los cuidados que necesita el Adulto Mayor relacionado con sus enfermedades crónicas y el estado de abandono.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Obtener el apoyo económico, a través de donaciones de Instituciones locales para la realización de campañas gratuitas.
- Informar e invitar a la población a participar
- Educar oportunamente al cliente externo que acude a consulta externa
- Concientizar a la familia sobre la importancia de la salud e integridad del adulto mayor
- Aclarar dudas relacionadas al tema

**METODOLOGIA**

Una vez obtenido el apoyo económico de las Instituciones locales se planifico las campañas en el Área de Salud y la comunidad, se reunió todo el material necesario

para recibir el consentimiento informado se recogió datos de filiación, toma de signos vitales, recolección de muestras para los exámenes, se elaboro el material informativo de los cuidados que necesita el paciente para entregar esta información a su familia. Se planificó y se reunió en 3 días todos los datos necesarios diseñados específicamente para el proyecto.

### **PROGRAMA EDUCATIVO DE CAPACITACIÓN AL CLIENTE EXTERNO Y SU FAMILIA**

**INSTITUCIÓN:** Subcentro de Salud El Chaupi

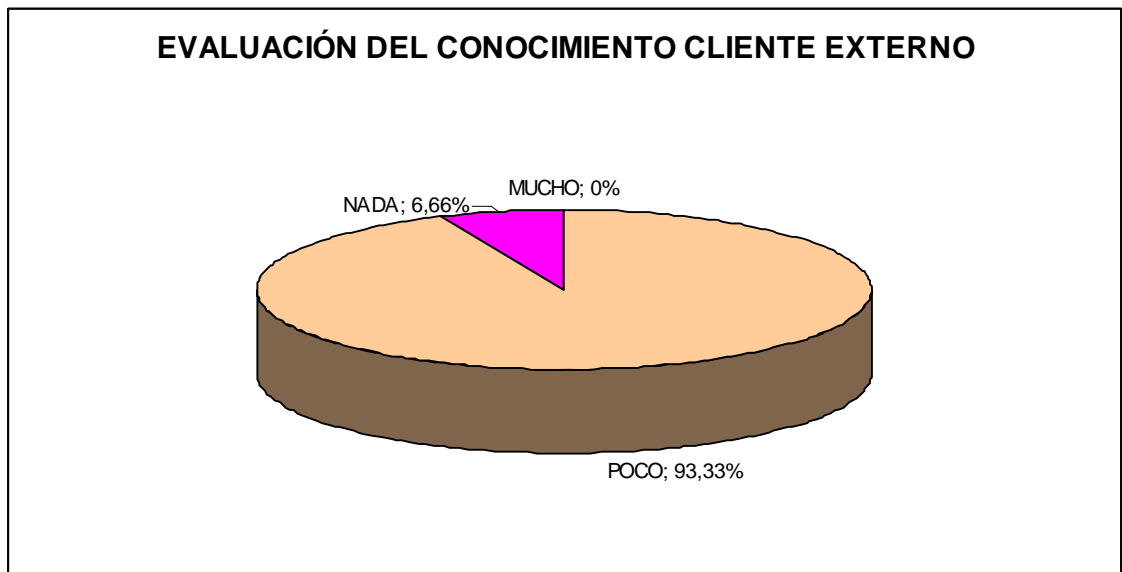
**DIRIGIDO A:** Cliente externo y familiares

**RESPONSABLE:** Lic. Susana Sumba

<b>FECHAS</b>	<b>TEMAS</b>	<b>RESPONSABLES</b>
8- 06- 2010 al 10 – 06 - 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>• Introducción acerca del tema cuidados del adulto mayor en casa</li><li>• Cuida tu propia salud</li><li>• El aseo del adulto mayor</li><li>• Manejo del adulto mayor en casa</li><li>• Accesorios para el adulto mayor</li><li>• Asistencia en cama</li><li>• Asistencia en la alimentación</li><li>• Principales emergencias en el adulto mayor</li><li>• Actividades mentales</li><li>• Actividades físicas</li></ul>	Lic. Susana Sumba
Del 22 – 06- 2010 al 23 – 06 -2010	Perifoneo y entrega de trípticos	Lic. Susana Sumba Lic. Viviana Nolasco
24 – 06- 2010	Encuesta para evaluar el grado de conocimiento adquirido	Lic. Susana Sumba Lic. Viviana Nolasco

## EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO ADQUIRIDO POR EL CLIENTE EXTERNO

GRAFICO No 1



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

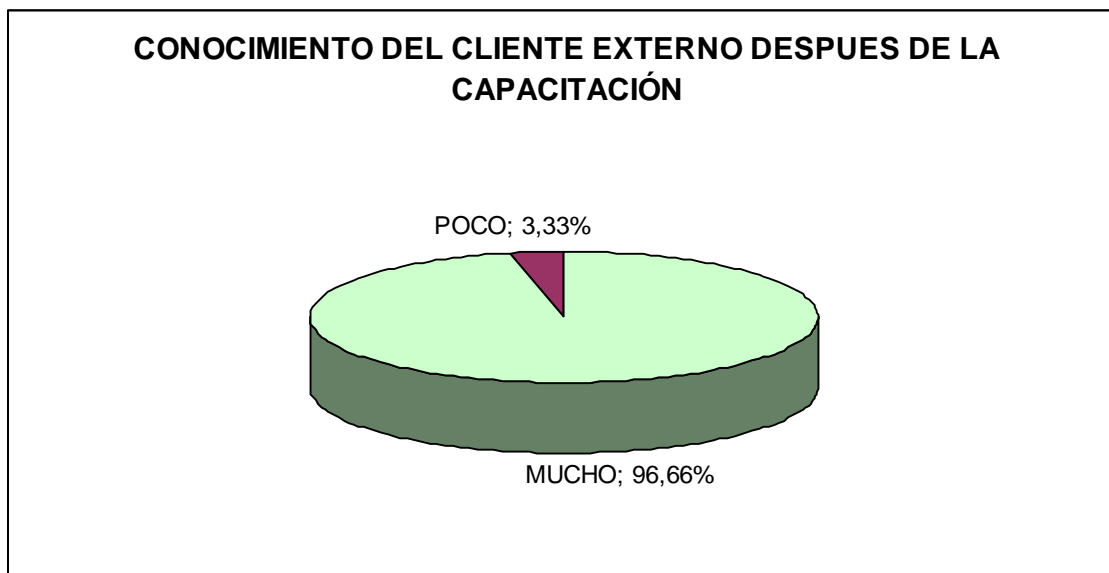
### ANALISIS ESTADISTICO

Debido a que existe un gran porcentaje de desconocimiento respecto a los cuidados del adulto mayor en casa es imprescindible los cursos de capacitación a sus familiares para crear conciencia de lo que es la prevención y control periódico para de esta manera mejorar la calidad de vida de esta población, familia y comunidad.

### **CONCLUSIONES:**

- La estrategia escogida fue favorable que ayudo para que se involucren sus familiares sobre el cuidado de su paciente.
- Los Adultos Mayores y Familiares quedaron reconocidos por la labor entregada.
- Todos los participantes recibieron hojas volantes sobre el cuidado en casa del Adulto Mayor el mismo que se formo grupos para que reciban capacitación sobre sus patologías.
- Estos programas educativos fueron ejecutados exclusivamente para concientizar a sus familiares sobre el cuidado que necesita el Adulto Mayor.
- Los datos obtenidos muestran que la población del Adulto Mayor se encuentra afectada ya que el M.S.P, no se ha preocupado en su totalidad o en gran medida por este grupo.

**GRAFICO No 2**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

### **ANALISIS ESTADISTICO**

Mediante la capacitación hemos conseguido incrementar el grado de conocimiento y concientización de los familiares, además de conseguir que valoren su vida al acudir periódicamente a realizarse un control médico para de esta manera disminuir la posibilidad de incrementar el descuido de los cuidados en casa del adulto mayor

**GRAFICO No 3**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

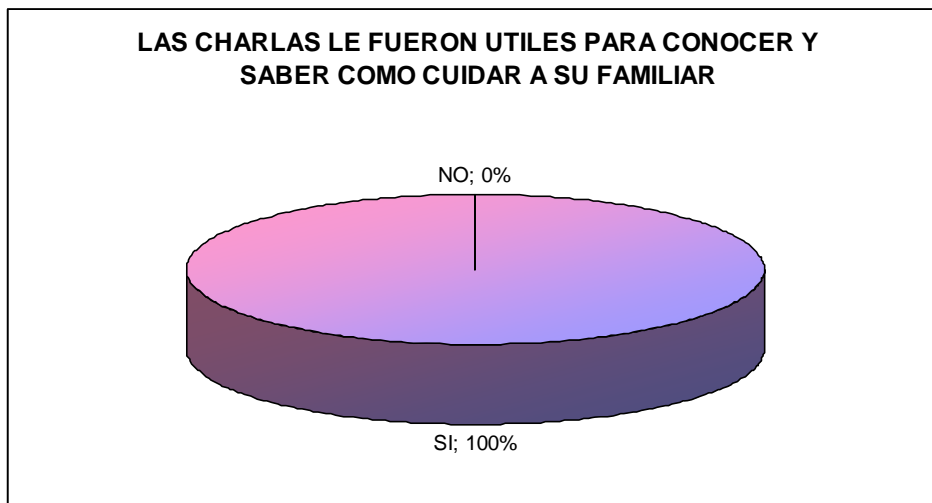
Fuente: Encuesta de evaluación

### **ANALISIS ESTADISTICO**

El 95.5% de los familiares y adultos mayores manifiestan que si conocen de los cuidados en casa, mientras que el 4.5% manifiesta que desconoce ya que presentan recelo y temor al contestar las encuestas por lo que es necesario aumentar la confianza y seguridad de los adultos mayores



**CUADRO No 4**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Mediante la capacitación hemos conseguido incrementar el grado de conocimiento y concientización de los adultos mayores y familiares de cómo cuidar a su familiar en casa con un porcentaje del 100%

### **CONCLUSIONES**

De acuerdo a las encuesta para determinar el grado de capacitación y conocimiento referente al tema por parte del cliente externo podemos observar que inicialmente el 20% conocía muy poco acerca del tema y el 80% desconocía completamente, pero esto fue cambiando gracias a la ejecución, capacitación continua y evaluación consiguiendo que conozcan ampliamente el tema

Mediante la capacitación hemos conseguido informar, educar, motivar y concientizar al cliente externo, familia y entorno social para que realicen periódicamente a realizar los chequeos médicos que les ayudarán a ganar años de salud y vida.

**RESULTADO No 6**  
**SEGUIMIENTO A USUARIOS**  
**PRODUCTO No 6**  
**PROGRAMA DE MONITOREO DOMICILIARIO AL ADULTO**  
**MAYOR USUARIOS QUE ACUDEN AL S.C.S. EL CHAUPI.**

**INTRODUCCION:**

La visita domiciliaria ha sido y continuara siendo una actividad fundamental para el logro de los objetivos planteados.

En este resultado podemos enfocar que las visitas domiciliarias de seguimiento realizadas al Club del Adulto Mayor, es el objetivo primordial del proyecto va encaminado a desarrollar las actividades por mi programa, visitas desarrolladas por el Departamento de Enfermería y la Maestrante las mismas que fueron tomadas del cuaderno de visitas domiciliarias del año 2010.

**OBJETIVO GENERAL**

- Determinar y verificar el seguimiento a través de la visita domiciliaria para garantizar el cumplimiento de las actividades propuestas dentro del proyecto enfocado a su familia.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

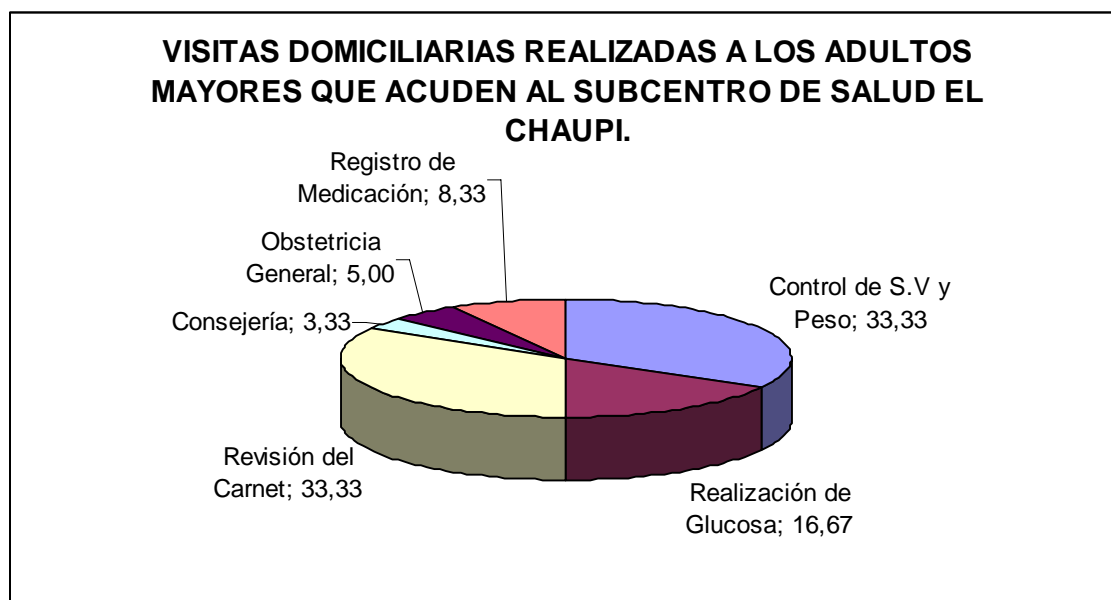
- Determinar las estrategias de seguimiento de los usuarios del S.C.S.
- Elaborar el instrumento necesario de seguimiento domiciliario del Adulto Mayor.
- Aplicar las estrategias de seguimiento del programa
- Analizar los resultados de las visitas domiciliarias

### **METODOLOGIA.**

Las visitas domiciliarias nos sirvieron de mucha ayuda para el seguimiento de las enfermedades crónicas de los Adultos Mayores, a través del instrumento aplicado por El S.C.S.

## **VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD EL CHAUPI.**

**GRAFICO No 3**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Cuaderno de Visitas domiciliarias El Chaupi.

### **ANÁLISIS ESTADISTICO.**

En cuanto a los resultados obtenidos y las actividades desarrolladas en el programa de seguimiento a los Adultos Mayores tenemos que el 33,33% se les ha realizado el control en su domicilio en cuanto a la Presión arterial, toma de Signos Vitales, revisión del carnet, y tarjetas domiciliarias alcanzo un 33,33%, consejería con un 3,33%,

atención ginecológica con un resultado de 5,00%, no todos los Adultos Mayores disponen de toda la medicación para su tratamiento alcanzando porcentajes bajos de 8,33% lo que se necesita más apoyo del gobierno y seguir realizando más el monitoreo domiciliario a esta población.

## **CONCLUSIÓN.**

Estas actividades de las visitas domiciliarias nos permiten visualizar claramente el grado de cumplimiento algunas actividades con mucho éxito y otros en un menor porcentaje. A la vez nos permite evaluar periódicamente el impacto de los controles médicos y toma de medicación en cada usuario apoyado siempre por su familia

**RESULTADO 7**  
**EVALUACION DEL PROYECTO**  
**PRODUCTO 7**  
**CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE LA EVALUACIÓN**  
**DEL PROYECTO.**

**INTRODUCCIÓN.**

Para todo proyecto es necesario hacer un seguimiento de las actividades previstas y una evaluación del proyecto ejecutado para ir adaptando los cambios necesarios y conseguir la sostenibilidad del proyecto.

Este reto muy importante para nuestra unidad por lo que ha sido fundamental conocer los comentarios, sugerencias para ello se diseño se aplico encuestas de manera aleatoria simple con la finalidad de conocer la opinión y la verificación del proyecto.

**OBJETIVO GENERAL.**

Analizar y verificar el cumplimiento de cada una de las actividades o componentes del proyecto.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar las estrategias de seguimiento y evaluación del proyecto.
- Elaborar los instrumentos necesarios al seguimiento y evaluación del proyecto.
- Aplicar las estrategias de seguimiento y evaluación del proyecto.
- Analizar los resultados de las evaluaciones

**METODOLOGIA.**

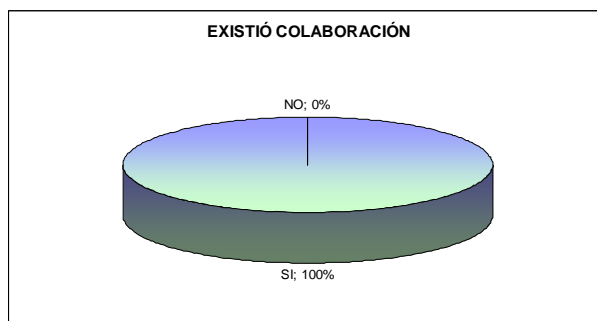
El proyecto fue evaluado por la Maestrante y el Director del SCS a través de una encuesta para evaluar el grado de satisfacción y cumplimiento del proyecto a todos los participantes tanto clientes internos y externos.

## VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO DE ACUERDO A SUS COMPONENTES.

### RESULTADO No 1 SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO.

1. Existió la colaboración por parte de la entidad ejecutora la realización del proyecto.

**GRÁFICO No: 1**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

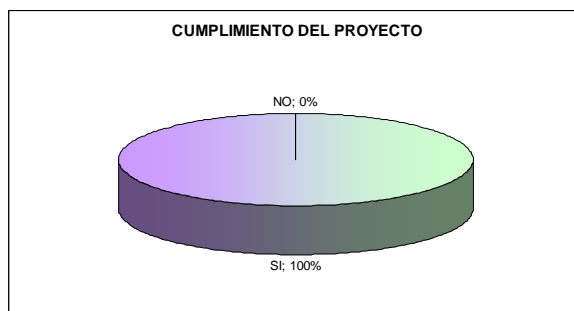
Fuente: Encuesta de evaluación

#### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

En esta tabla podemos verificar que se contó con todo el apoyo y aceptación por parte de la entidad ejecutora para la socialización del proyecto cumpliendo a cabalidad todas las actividades propuestas con el 100%.

2. Se cumplieron con todos los objetivos del proyecto

**GRÁFICO No. 2**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

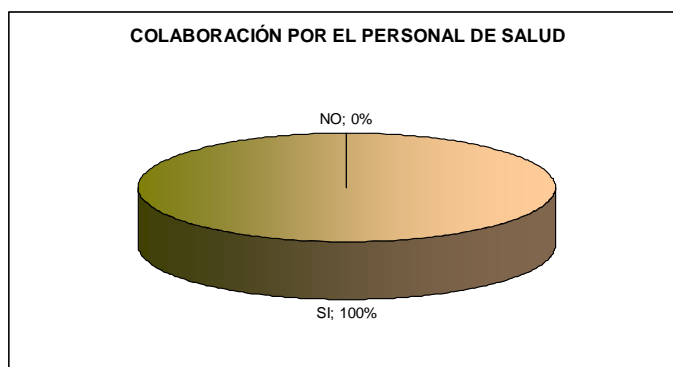
Fuente: Encuesta de evaluación

**ANALISIS ESTADISTICO:**

Podemos observar en esta tabla que existió la firma de aceptación para la realización del proyecto por parte del equipo de salud contando con el respaldo del 100%.

**3. Hubo colaboración por parte de todo el personal del SCS para ejecutar el proyecto.**

**TABLA No: 3**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Existió colaboración por parte de todos los profesionales de salud y apoyo para la ejecución del proyecto.

## PRODUCTO No 2

### EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES, EL CHAUPI 17, 18, 19 y 21 DE MARZO DEL 2010.

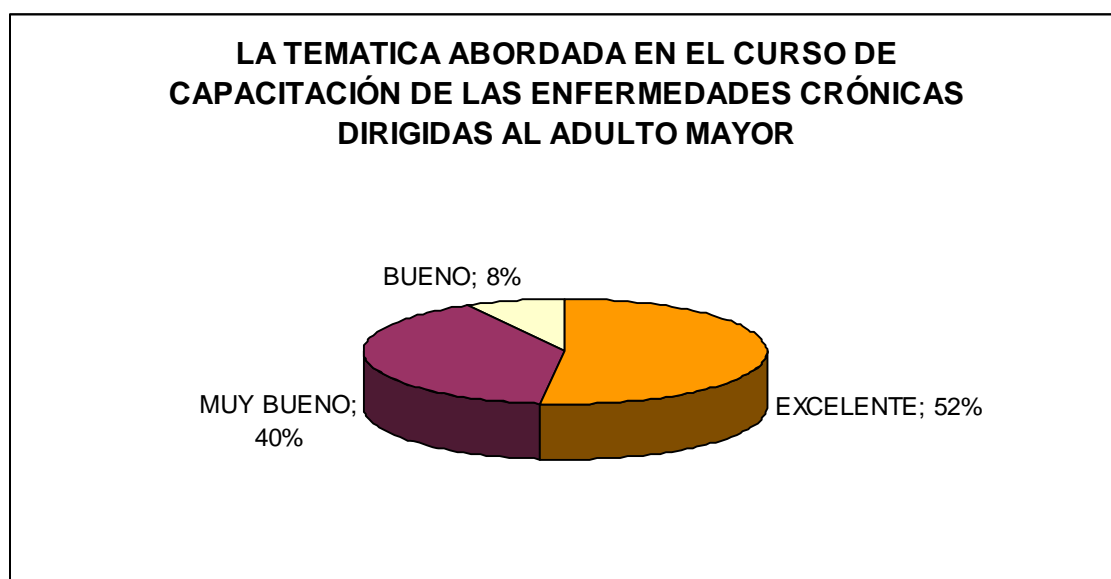
#### ENCUESTA

La encuesta de evaluación a la capacitación: Sobre las enfermedades crónicas dirigidas al Adulto Mayor

#### OBJETIVO

Conocer el grado de satisfacción del curso de capacitación realizado a los 60 participantes.

#### GRÁFICO No 1



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de Evaluación

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

De los 60 participantes al curso de capacitación de las enfermedades crónicas dirigidas al adulto mayor el 52% manifiesta que la temática abordada fue excelente, el 40% responde que fue muy buena y el 8% que fue buena.



**GRÁFICO No 2**



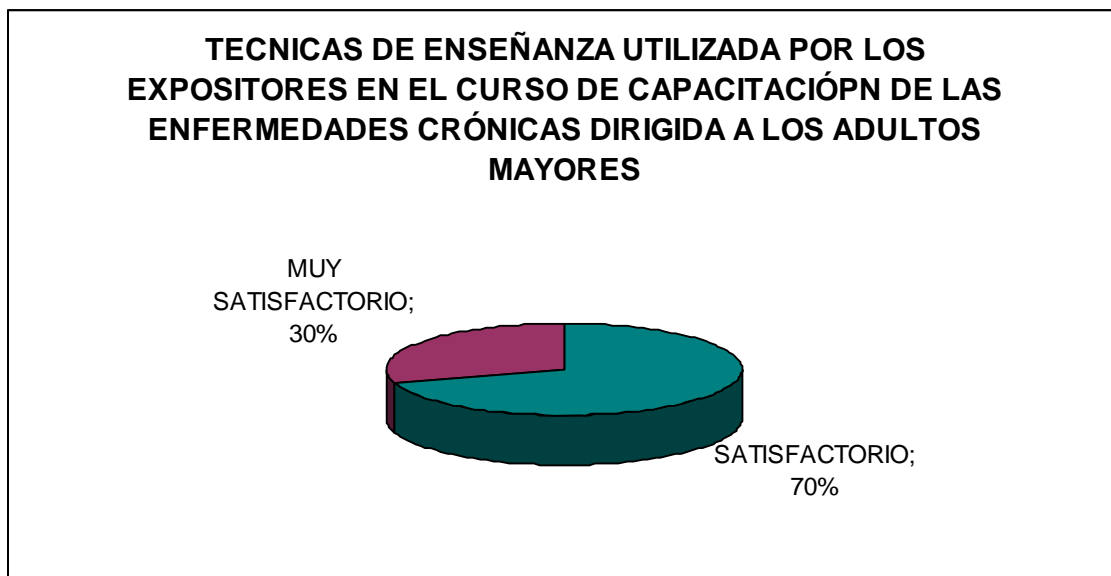
Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de Evaluación

### **ANALISIS ESTADISTICO**

De los 60 participantes al curso de capacitación de las enfermedades crónicas dirigida al adulto mayor el 45% responde que la participación de los expositores en el curso fue muy buena, el 43% manifiesta que fue excelente y el 12% manifiesta que fue buena.

**GRÁFICO No 3**



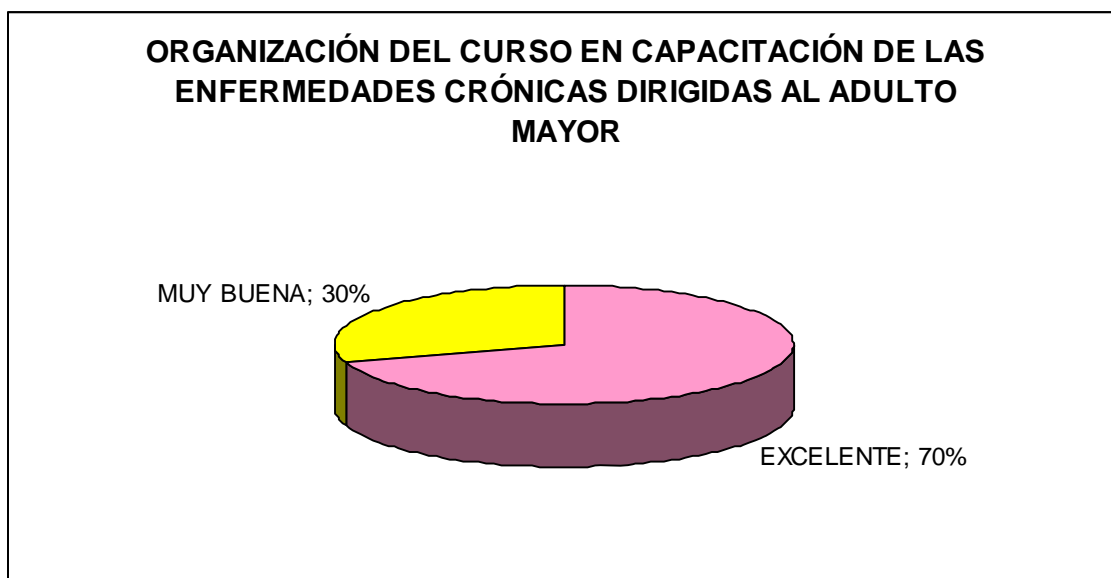
Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de Evaluación

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

De los 60 evaluados en el curso de capacitación de las enfermedades crónicas dirigidas al adulto mayor el 53% manifiesta que las técnicas de enseñanza utilizadas por los expositores fueron muy satisfactorias, y el 47% responde que fueron satisfactorias.

**GRÁFICO No 4**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de Evaluación

#### **ANALISIS ESTADISTICO**

De los 60 evaluados en el curso de capacitación de las enfermedades crónicas dirigidas al adulto mayor el 70% manifiesta que la organización del mismo fue excelente, y el 30% manifiesta que fue muy buena.

## **CONCLUSIONES.**

- El curso de capacitación de las enfermedades crónicas dirigido a los adultos mayores del Subcentro de Salud El Chaupi se realizó de acuerdo a lo planificado cumpliéndose con la capacitación del 100%.
- La temática del curso de capacitación fue calificada como excelente al igual que la participación de todos los expositores que abordaron los siguientes temas con gran fluidez y experiencia, se mantuvo el interés y la atención a los asistentes
- Existió la colaboración de las autoridades del Subcentro de salud y El Comité Barrial para la gestión del curso a través de nuestra planificación de actividades.
- En los asistentes se creó gran interés para que este tipo de capacitación teórico se imparta para todos los adultos mayores.
- Se concientizó a los asistentes que es mejor estar preparados para convivir con este tipo de enfermedades.
- Se logró que dirigentes barriales de algunos barrios se motiven para poder ayudar a los demás barrios.

### EVALUACIÓN DEL PRODUCTO No 3

#### MOTIVACIÓN Y RECREACIÓN AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO. DEL SUBCENTRO DE SALUD EL CHAUPI.

#### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE EXTERNO.

La satisfacción sentida por los usuarios del S.C.S ha constituido un reto importante para nuestro proyecto por lo que ha sido necesario conocer todos los comentarios o sugerencias vertidas por los usuarios, para esto se aplicó una encuesta del nivel de satisfacción de manera aleatoria simple.

#### 1. ¿Por qué acudió usted a este grupo?

GRAFICO No 1



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

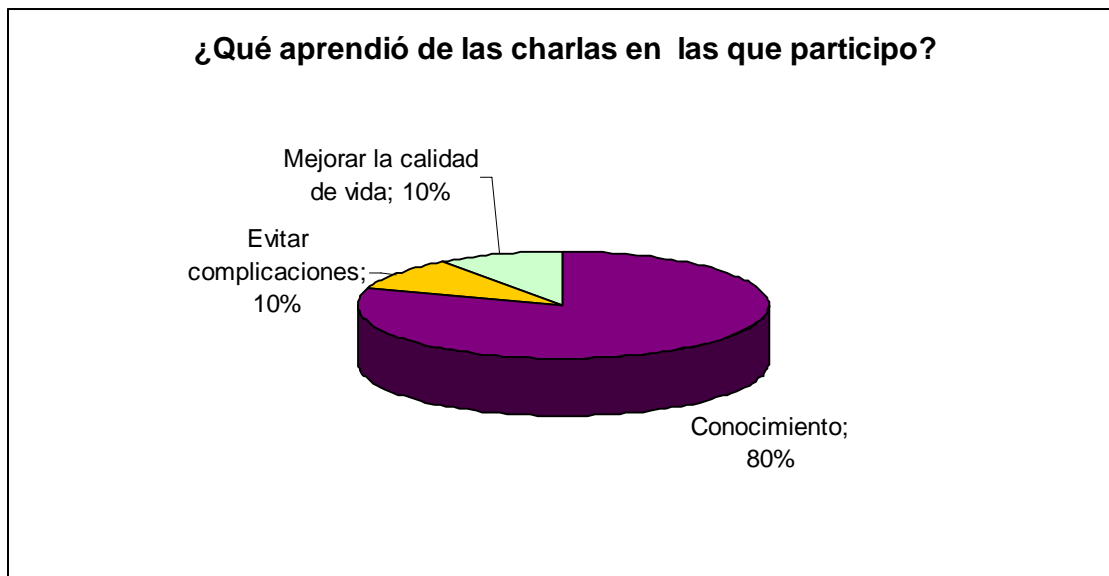
Fuente: Encuesta de evaluación

#### CONCLUSIONES.

El 60% responde que le invitaron, el 25% manifiesta que fue invitado cuando acudió al Subcentro de salud a realizarse los controles, el 15% contestó que fue traído por sus familiares.

## GRÁFICO No 2

### 2 ¿Qué aprendió de las charlas en las que participo?



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

### CONCLUSIONES

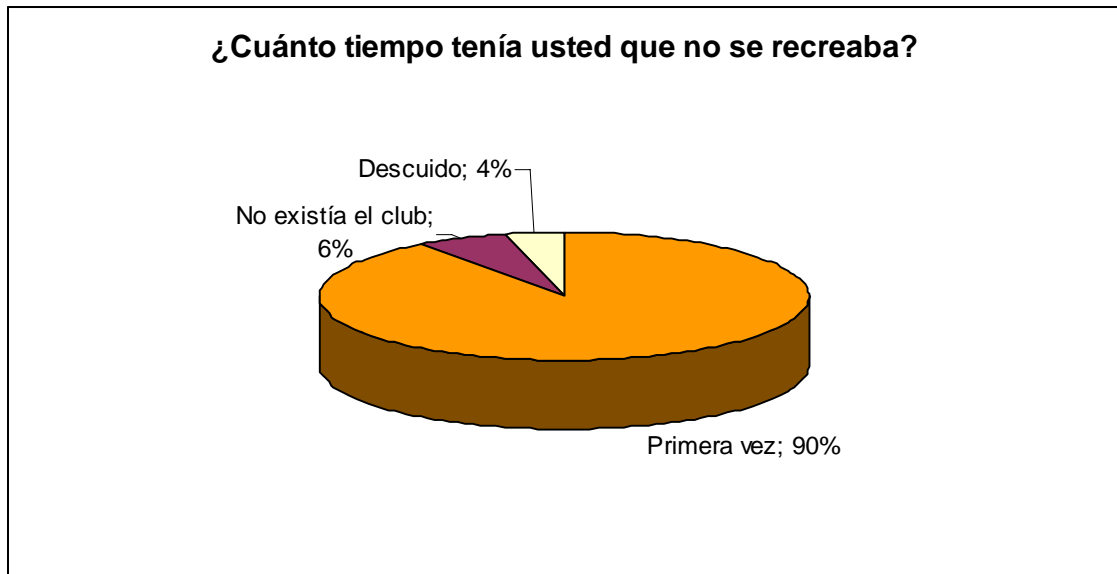
El 80% contestó que aprendió a vivir con sus enfermedades y le aclararon de muchas dudas que tenías.

El 10% respondió que aprendió a evitar complicaciones en lo posterior

El 10% restante manifestó que va a llevar mejor su vida cotidiana realizando ejercicios y mejorando su alimentación.

### GRÁFICO No 3

#### 3. ¿Cuánto tiempo tenía usted que no se recreaba?



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

### CONCLUSIONES

Todos los participantes manifiestan que era la primera vez que estaban participando de estas actividades abarcando un 90%, el 6% contesta que nunca había existido esta formación del Club, el 4% restante respondió que se habían descuidado de su salud y se encontraban solos.

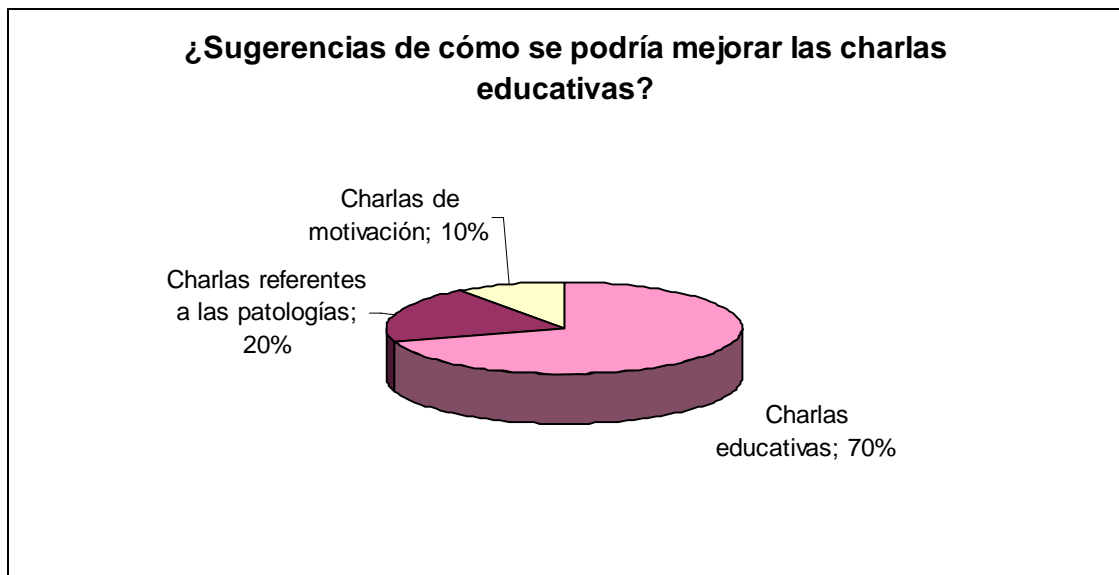
**8. ¿Está Usted satisfecho con las charlas que se ha expuesto?**

El 100% de los usuarios está satisfecho con las actividades realizadas por lo que manifiestan que se siga adelante con esta formación para seguir trabajando con el club.

La participación en el grupo les permitió ser más compañeros y solidarizarse, permitiendo compartir vivencias, intercambiar ideas y experiencias.

**6 ¿Sugerencias de cómo se podría mejorar las charlas educativas?**

**GRÁFICO No 7**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

**CONCLUSIONES:**

El 70% de los participantes opinan que se siga con la misma metodología utilizada

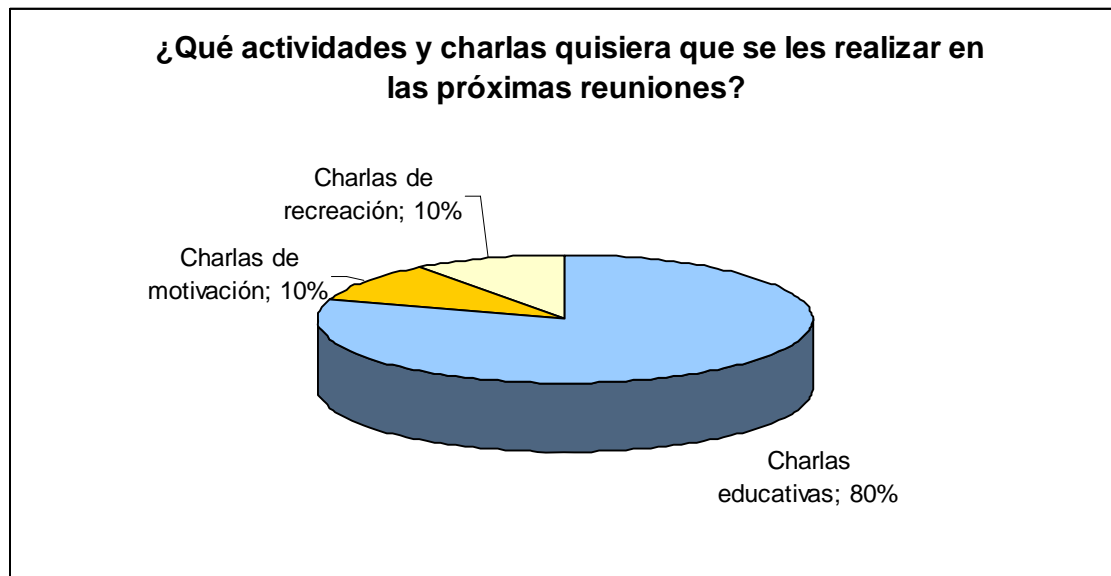
El 20% manifiesta que quieren más charlas seguidas referente a las patologías de sus enfermedades crónicas

El 10% manifiesta que debe utilizarse una sala más grande y se implementen videos de conferencia para lograr mejor la participación de todos.



6. ¿Qué actividades y charlas quisiera que se les realizar en las próximas reuniones?

GRÁFICO No 8



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Cuaderno de Visitas domiciliarias El Chaupi

**CONCLUSIONES.**

El 80% propone que se siga realizando este tipo de charlas educativas.

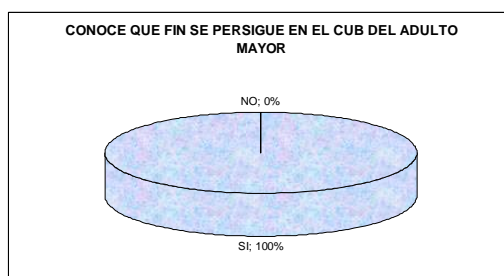
El 10% manifiesta que se le siga educando

El 10% ultimo opina que se les dé más frecuente charlas de motivación, recreación

**PRODUCTO 4  
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.**

**1. Conoce que fin se persigue con la creación del Club del Adulto Mayor.**

**GRÁFICO No 1**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

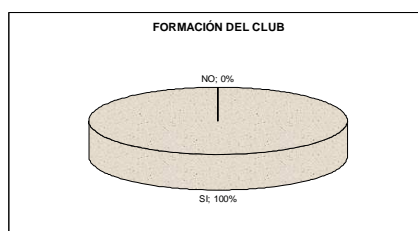
Fuente: Encuesta de evaluación.

**ANALISIS ESTADISTICO**

Se puede evidenciar que toda la población en estudio, tiene la certeza de que propósito tiene la formación de este club en beneficio del Adulto Mayor contando con el 100% de colaboración, respaldo y apoyo incondicional

**2.- Existió interés para la formación del club del Adulto Mayor**

**GRÁFICO No 2**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación.

**ANALISIS ESTADISTICO**

Se obtuvo todo el respaldo y apoyo para la formación del club del adulto mayor el mismo que al momento se encuentra participando en todas las actividades que se programaron para el futuro en beneficio de toda la comunidad.

**3. Considera usted que la formación del Club será provechoso para la comunidad.**

**GRÁFICO No 3**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

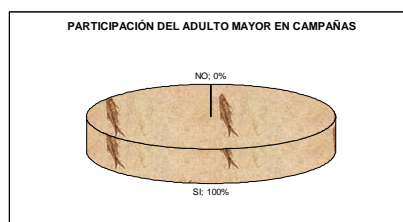
Fuente: Encuesta de evaluación

**ANALISIS ESTADISTICO**

A través de la encuesta de evaluación los adultos mayores manifiestan que si es de provecho para todos ya que gracias a la formación de este club, la gente puede intercambiar ideas, conocimientos y conocer más sobre sus patologías y que ya no se encuentran solos con un porcentaje del 100%. Ya que les mantendrá siempre unidos.

**4. Existe la participación del Club del Adulto Mayor para realizar campañas de prevención de enfermedades crónicas conjuntamente con el SCS.**

**GRÁFICO No 3**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

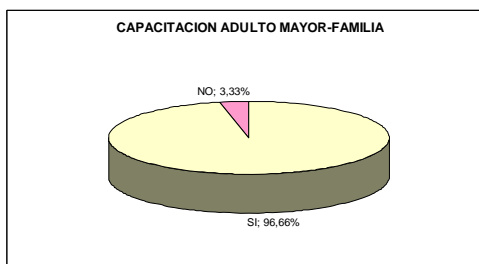
**ANALISIS ESTADISTICO**

Se obtuvo toda la participación y el apoyo incondicional de todos los adultos mayores y su familia para la realización de campañas de salud en beneficio de la comunidad

**EVALUACIÓN DEL PRODUCTO 5**  
**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN AL ADULTO MAYOR DIRIGIDA A FAMILIA**

**1. El adulto mayor y su familia se encuentran capacitados.**

**GRÁFICO No 1**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

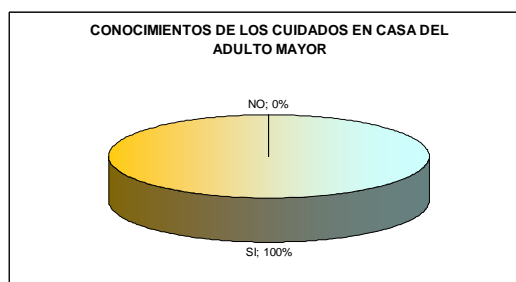
Fuente: Encuesta de evaluación

**ANALISIS ESTADISTICO**

Los adultos mayores y sus familiares se encuentran capacitados y concienciados sobre los problemas que presenta el adulto mayor por lo que se comprometen en acudir a todas las capacitaciones para poder prevenir a tiempo cualquier enfermedad que se les presente.

**2. Los familiares tienen conocimiento de los cuidados en casa del adulto mayor**

**GRÁFICO No 2**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

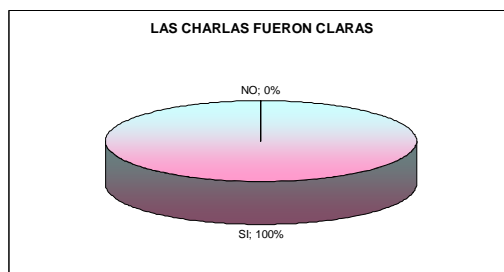
Fuente: Encuesta de evaluación

**ANALISIS ESTADISTICO**

Podemos afirmar que los familiares del adulto mayor tienen conocimiento de los cuidados en casa que necesita su familiar por lo que se comprometen a aplicar todo lo aprendido en la capacitación

### 3. Fueron claras las charlas expuestas por los expositores

**GRÁFICO No 3**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

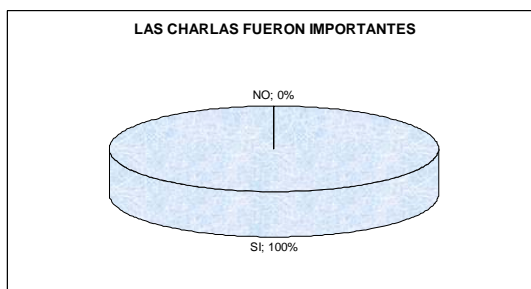
Fuente: Encuesta de evaluación

### ANALISIS ESTADISTICO

Todos contestan que si fueron claras las charlas expuestas por todos los expositores

### 4. Está Usted de acuerdo con las charlas que se les dio.

**GRÁFICO No 4**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

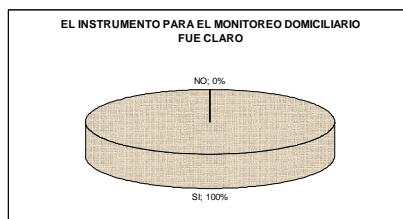
### ANALISIS ESTADISTICO

Los adultos mayores y sus familiares están de acuerdo con las charlas que se les dio ya que les ayudo a salir de dudas y prometen sacar provecho de todo lo aprendido y van a poner en práctica todo lo expuesto

## EVALUACIÓN DEL PRODUCTO 6 PROGRAMA DE MONITOREO DOMICILIARIO.

### 1. El instrumento elaborado para el monitoreo domiciliario fue claro

**GRÁFICO No 1**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Podemos afirmar que si se elaboro el instrumento para la realización de las visitas domiciliarias los mismos que fueron claros y facilito la información de datos de manera precisa para conocer el estado de salud de los adultos mayores con un porcentaje del 100%.

### 2. Las visitas domiciliarias fueron efectivas.

**GRÁFICO No 2**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

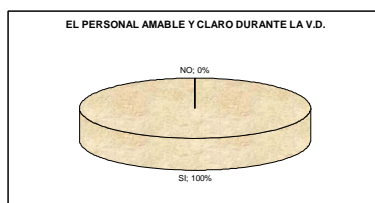
Fuente: Encuesta de evaluación

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En su mayoría si lo fueran efectivas ocupando un porcentaje del 96.66%, las mismas que estuvieron representadas por los adultos mayores a partir de los 60 años y más, donde se les di consejería y se les capacito sobre sus enfermedades crónicas, el resto corresponde a 11.11% de visitas que fueron inefectivas y se tuvo que programar para otro día su seguimiento por parte del personal de salud.

**3. El personal que realizo las visitas domiciliarias fueron amables y claros durante el desarrollo de la entrevista**

**GRÁFICO No 3**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

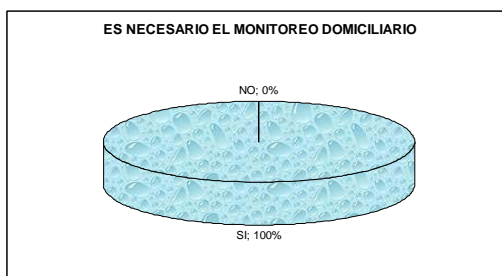
Fuente: Encuesta de evaluación

**ANALISIS ESTADISTICO**

Los Adultos Mayores colaboraron de forma incondicional durante el desarrollo del mismo, ya que gracias a las visitas domiciliarias se pudo conocer sus antecedentes de sus enfermedades y se comprometieron a los controles médicos y recibieron consejería por parte de los profesionales de salud obteniéndose el 100% de apoyo lo que garantiza el cumplimiento del proyecto.

**4. Cree usted que es necesario seguir con el monitoreo domiciliario**

**GRÁFICO No 4**



Elaborado por: Lic. Susana Sumba

Fuente: Encuesta de evaluación

**ANALISIS ESTADISTICO**

Los adultos mayores manifiestan que es indispensable el monitoreo domiciliario ya que con esta actividad pueden ayudar a continuar con el tratamiento y a detectar enfermedades tempranas en beneficio de la comunidad.

## **CONCLUSIONES GENERALES.**

- 1.- Los resultados de verificación del cumplimiento de los componentes del proyecto son buenos ya que se cumplieron con todos los objetivos.
- 2.- La socialización del proyecto fue todo un éxito ya que se cumplieron con todos los indicadores en su mayoría en el 100%.
- 3.- La Maestrante se puso como meta la realización de la motivación a los clientes internos y externos obteniendo resultados positivos.
- 4.- Se ha conformado el Club del Adulto Mayor con muy buenos resultados y aceptación por parte de los interesados.
- 5.- Se realizó la capacitación a todos los Adultos Mayores con resultados favorables.
- 6.- Verificación del proyecto continuamente.



# **10. CONCLUSIONES**

## 10. CONCLUSIONES.

1. De acuerdo a los aspectos Socio-demográficos los Adultos Mayores que acuden al S.C.S El Chaupi se caracteriza por las edades de 65 a 74 años con un porcentaje del 66.66%, la mayoría de los Adultos Mayores son de sexo femenino con un porcentaje de 51.66%, con un estado civil la mayoría son casados con un porcentaje 70%, la mayorías no son afiliados ocupando un porcentaje del 95%, el nivel de educación corresponde al analfabetismo y primaria incompleta con un porcentaje del 40%, poseen vivienda propia y cuentan con todos los servicios básicos con un porcentaje del 75%, y viven con su pareja e hijos alcanzando un porcentaje de 83,33 %.
2. El estilo de vida de la Tercera Edad se limita a realizar trabajos en sus propias tierras, dedicando poco tiempo a su auto cuidado especialmente en salud, alimentación, vestido e higiene personal entre otras cosas, las cuales podrían afectar a la población mencionada y llevar a adquirir las enfermedades crónicas que se representan en esa edad, considerando que este es un aspecto de la bioética.
3. Las enfermedades más frecuentes de esta población son la Gastritis, Lumbalgia con un porcentaje de 33.33%, debido al esfuerzo físico que realizan al cultivar sus productos agrícolas con los cuales se solventan para poder vivir siendo su ingreso económico de 300 dólares alcanzando un porcentaje de 66.66%, el resto de la población desconoce de su enfermedad, tan solo sabiendo manifestar las dolencias que tiene en su cuerpo, a pesar de todo ello no acuden al servicio de salud porque mantienen desconfianza y prefieren acudir a otra clase de atención como es la medicina tradicional.

4. Los Adultos Mayores no disponen del tiempo suficiente para una buena recreación ni una adecuada siesta, para poder recuperar las horas de trabajo, hay que tomar en cuenta que existen otros factores de carácter interno (genéticas y fisiológicas) y externas como el factor económico, la falta de prácticas saludables es decir todos estos factores afectan directamente e indirectamente para lograr tener un estilo de vida adecuada y por ende un buen estado de salud.
5. La socialización del proyecto permitió obtener el apoyo de todos los profesionales y de las autoridades para implementar y formar el Club del Adulto Mayor en beneficio de la comunidad., el mismo que causó respeto mutuo con quienes trabajamos en el proyecto creando entusiasmo del Club lo que estimuló y dió la fuerza para desarrollar las actividades previstas
6. El equipo de trabajo colaboró con las capacitaciones a la comunidad lo que permitió compartir conocimientos y promover una mejor atención con la población los mismos que no reciben en su totalidad atención por parte del Ministerio de Salud
7. Los programas educativos tuvieron mucha acogida por El Club y fue la oportunidad para promocionar la salud y prevenir los factores de riesgo, el mismo que es un trabajo de perseverancia y de largo plazo para lograr cambios de actitud de esta población particularmente de difícil convencer
8. La participación activa a través del seguimiento domiciliario sirvió para concienciar que la salud es parte fundamental de la calidad de vida.

Siendo la base primordial para lograr el desenvolvimiento del proyecto, lo cual nos demuestra de estar convencidos positivamente que el programa rinde mejor sus actividades

9. Las evaluaciones del proyecto demostraron el cumplimiento de las actividades previstas con un grado de satisfacción en su totalidad; esto demuestra que se puede trabajar y ayudar la cultura tradicional, egoísta, gracias a la colaboración de los profesionales de salud, y sus familiares quienes aportaron en el desarrollo del proyecto de intervención e impacto social mostrando beneficios que puedan aportar cada uno de ellos a favor de la comunidad en general.

## **11. RECOMENDACIONES**

## 11. RECOMENDACIONES

1. Las autoridades gubernamentales deberán crear y fortalecer un programa en el cual El Adulto Mayor se le brinde una atención equitativa de acuerdo a las necesidades de la población
2. A pesar del personal reducido del Subcentro de Salud El Chaupi, se recomienda realizar visitas domiciliarias más seguidas para incrementar y evaluar el tratamiento médico, concientizando que tengan mayor prioridad en sus controles periódicos
3. Dar mayor facilidad para la atención de esta población, tomando en cuenta que su actividad física ya es limitada por lo cual, dificulta madrugar, hacer largas filas para obtener un turno y el tener que esperar mucho tiempo para ser atendido con el profesional de salud
4. Con el transcurso de la socialización del programa se ha visto que es imprescindible establecer como política de estado los estilos de vida saludable, actividades físicas y alimentación equilibrada para intervenir sobre la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas que padecen los Adultos Mayores
5. Fomentar la participación del personal de salud, de las autoridades y la comunidad con programas de promoción de la salud para mejorar la calidad de vida
6. Implementar programas educativos de planificación, ejecución y evaluación sobre recreación, higiene cuidados en casa del Adulto Mayor enfocados a la familia con estrategias de capacitación en todas las Áreas de Salud.

7. Concienciar a los familiares que compartan mayor tiempo con El Adulto Mayor para fomentar las relaciones intrafamiliares y preservar la integridad física y mental del adulto, con la finalidad de mejorar las relaciones.
8. Seguir con la promoción del proyecto en las Instituciones de Salud para que se establezca como política del M.S.P, y a la vez que se incremente más personas en el Club, que se continúe trabajando con estadísticas actualizadas de seguimiento para mejorar la calidad de vida de la población afectada.
9. Organizar clubes o grupos de personas sanas como estratégicas de promoción de la salud y de esta manera prevenir las enfermedades crónicas.

## **12. BIBLIOGRAFIA**



## 12. BIBLIOGRAFIA

1. ANDER-EGG, AGUILAR, M. (2005). Como elaborar un proyecto, Buenos Aires, Editorial Lumen/ Humanista.
2. ANZOLA PEREZ, E. Salud del adulto en América Latina. Situación actual y perspectiva, Educación Médica y Salud. Vol. 23 No. 3.
3. ARTELO CURBELO A, HERNANDEZ RODRÍGUEZ G, ARBELO LÓPEZ A. Demografía sanitaria de la ansiedad. Madrid, Ministerio de Sanidad y consumo.
4. Asociación Mundial de Psiquiatría. APAL. (1998). Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires.
5. BORJA N. La vejez en el Ecuador. Revista Informativa – Tercera Edad. Noviembre 2000. Quito – Ecuador.
6. BUELE. N. (2007), Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de grado II, Ed. UTPL, Loja.
7. BURGAL G., Cuellar J ., (1999), Planificación Estratégica y Operativa aplicada a los gobiernos locales. Quito, Ediciones Abya- Yala.
8. COOPER, C, TAAFFE, D, PACKER, E. MARCUS, R. (1998) Relationship of chronic endurance exercise to the somatotrophic and sex hormone status of older men. Eur. Jour. Endocrinal. 138(5): 517
9. COSTIL, D AND WILMORE, J (1998) Fisiología del esfuerzo y del deporte. Paidotribo. Barcelona.
10. CASTAÑO, A. La obesidad hábito, enfermedad o genética. Vol. 3 No. 1 2000.
11. CRESS, M., SMITH, E., THOMAS, D., JOHSON, J. (1991) Effect of training on Vo 2 max., thigh strength, and muscle morphology in Septuagenarian women. Med. And Sci. in Sport and Exercise. 23: 752-758.
12. DE ROSNAY, J. (1998) Qué es la vida. Biblioteca Científica Salvat. Barcelona.
13. DIRECCIÓN METROPOLITANA DE SALUD, (2001), Salud para el bienestar y desarrollo en Quito del siglo XXI, pág. 47-72.
14. ENGELS, H., DROMIN, J., ZHU, W. (1999) Effects of low- impact exercise. Gerontology. 44: 239-244.

15. EDMONDS, D. "La calidad de la Vida con el Tratamiento Antihipertensivo".  
Revista Excepta Médica Vol. II. 2001.
16. ESPEJO S. Jaime. "MANUAL DE DIETOTERAPIA DE LAS ENFERMEDADES  
DEL ADULTO. Ed. El Ateneo, sexta. Ed. Buenos Aires. Argentina. 1994.
17. FRONTERA, W. MEREDIT (1998) Strength conditioning in older men: Skeletal  
muscle hyp.
18. GERIATRÍA Y GERIONTOLOGÍA. Libro Blanco: El médico y la tercera edad.  
Madrid, Beecham, 1989.
19. GUIA DE FACILITADOR. (2004). Serie Herramientas para el mejoramiento  
continuo de la calidad, Proyecto de Garantía de Calidad. QAP-URC; USAID.  
OPS.
20. GUYTON C. Arthur. "TRABAJO DE FISIOLOGÍA MÉDICA". Ed.  
Interamericana, S.A. De C.V. 8va. Ed. México. D.F. 2000.
21. HALPERN L. Seymour. "MANUAL DE NUTRICIÓN CLÍNICA". Ed. Noriega, 1ra.  
Ed. México. D.F. 2000.
22. HERNANDEZ ZAMORA, ZOILA EDITH. La atención de la Salud del  
Adulto Mayor. Publicación: Psicología y Salud. Date: 01-JUL-02.
23. HOLSTEIN, Martha Beller. PRISMAS MORALES: ÉTICA Y ADULTO MAYOR,  
Acta bioeth, 2001, vol. 7, no.1, p. 43-35. ISSN 1726-569X.
24. INGA AVILA. G. Oros. Trabajo de Grado II. Loja. Ed. UTPL, Modelo IV. Octubre  
2003. Febrero 2004.
25. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Proyección de la población  
española para el período 1980-2010. Madrid, INE, 1989.
26. Instituto Mexicano de Sociedad Social. Dirección de Publicación. Bogotá-  
Colombia. <http://www.Colombia>. 2003.
27. JAMA, American Medical Association. Vol. 289, No 12, 2003.
28. KARRISON, "Medicina Interna". Quinta Edición. Pp. 1548- 1561. Vol. II. Prensa  
Médica Mexicana. México 1999.
29. KENT B, BUTLER RN. Human aging research. Nueva York, Raven Press,  
1998.
30. LUDEÑA, Y: (2007). Guía didáctica. Módulo II Planificación de desarrollo.

31. Ministerio de Salud Pública Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor Quito septiembre 2008
32. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, (2006), Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Ediciones Abya-Yala. Pág. 21-29.
33. MSP. OPS. APS, No 7. "Boletín Ecuatoriano de Salud Pública y desarrollo de Áreas de Salud". Diciembre 2002.
34. MONOGRAFIA: (2002). Un paradigma moderno para manejar la calidad de atención de Salud. Proyecto de Garantía de Calidad QAP-URC/CHS; USAID.
35. Organización Panamericana de Salud 2002, informe sobre la salud en el mundo 2002- reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra. OMS 2002.
36. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, (2007), Un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, estrategia regional y plan de acción.
37. PATHY MSJ. Principles and practice of geriatric medicine, 2da.ed. Chichester, John Wiley and Sons, 1991
38. Idepsa, 1991.
39. RIBERABCASADO JM, CRUZ JENTOFT AJ. Geriatria 93. Madrid, Idepsa, 1992.
40. RODAS. Dr. "Plan de Gobierno en Salud". Lineamientos Generales, Rendición de cuentas, Cumplimiento de metas, (2008) San Cayetano, Cundinamarca, Colombia. Recuperado Febrero 23.
41. RIVERA CASADO JM, CRUZ JENTOFT AJ. Geriatria. Madrid, República del Ecuador, MODERSA, 2002.
42. RHAM DE P., (2004), Monitoreo y Evaluación de Acciones de Desarrollo orientadas al impacto, ASOCAM, Quito.
43. Sánchez-Caro J. La ley sobre la autonomía del paciente y recuperación en las Comunidades autónomas. Rev. Adam Sanit 2003; 1. 189-202.
44. SALGADO ALBA A, GUILLEN LLERA F. Manual de geriatría, 2.a ed. Barcelona, Salvat, 1994.
45. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERIONTOLOGÍA. Libro Blanco: El médico y la Tercera edad. Madrid, Beecham, 1985.

46. VELASCO, M: (2005). Planificación estratégica aplicada a la Salud, Quito, Editorial AH/Editorial.
47. VIEIRA, L: (2006) Conferencias y CD del Módulo VI sobre Gestión de Calidad. Quito.

# **13. ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**SOLICITUD DE APROBACIÓN**  
**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL EN SALUD PARA EL DESARROLLO**  
**LOCAL.**

Machachi, 8 de Enero del 2009.

Sr. Doctor.

Manuel Zurita.

DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD "EL CHAUPI".

Presente.-

De mis consideraciones:

El motivo de la presente es para solicitarle muy comedidamente me autorice desarrollar mi tesis con el tema "Programa de Mejoramiento de la Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Parroquia "El Chaupi" Usuarios que Acuden al Sub-centro de Salud", el mismo que se encuentra bajo su acertada dirección Seguro de contar con su favorable aceptación le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Lic.: Susana Sumba.

**RESULTADO 1**  
**ANEXO 1.1**  
**COPIA DE ACTA S.C.S EL CHAUPI.**  
**ACTA No 2**

El Chaupi 12 de Enero del 2010.

Siendo las 09H00 se reúne el personal del Subcentro de Salud con los siguientes compañeros:

Dr. Manuel Zurita	Director del S.C.S El Chaupi
Lic. Viviana Nolasco	Enfermera del S.C.S
Lic. Susana Sumba	Maestrante de la UTPL
Sra.: Fanny Yuccha	Auxiliar de Enfermería

Contando con el siguiente Orden del día:

1. Lectura y aprobación del acta anterior.
2. Planificación del proyecto del Adulto Mayor, zona rural El Chaupi.
3. Análisis de programación de la campaña de promoción del Adulto Mayor.
4. Lanzamiento de la propuesta del programa de 2Mejoramiento de la calidad de vida del Adulto Mayor, usuarios que acuden al Subcentro de Salud.
5. Socialización de la propuesta frente al equipo de salud.
6. Puntos varios.

**Primer Punto.**

El Dr. Manuel Zurita da la bienvenida a todos los asistentes y manifiesta la propuesta a realizarse por la Lic. De la UTPL. Informa de que es importante la formación del Club del Adulto Mayor y expectativas que se tiene para el futuro, como es la conformación de la directiva, planificación de actividades, fecha de realización de encuestas, fecha de próxima reunión.

**Segundo Punto.**

El Dr. Zurita comunica al personal de salud sobre el oficio recibido con fecha 12 de Enero del 2010, el cual solicita la realización y aprobación del Proyecto de Investigación Acción autoría perteneciente a la Lic. Susana Sumba cuyo Título es

“Mejoramiento de la calidad de vida del Adulto Mayor, usuarios que acuden al Subcentro.

**Tercer Punto.**

El Dr. Zurita explica en qué consiste la formación del Club y les informa que la medicina no es solo para curar si no también sirve para prevenir y que se les realizará controles periódicos cada mes, y se les capacitará de acuerdo a las enfermedades crónicas que presenta El Adulto Mayor

**Cuarto Punto.**

Se le concede la palabra ala Lic. Susana Sumba con la finalidad de socializar la propuesta.

Posteriormente se entrega el resumen del contenido del proyecto para la revisión en equipo, conforme se va explicando el desarrollo y se satisfacen necesidades que se van presentando una vez terminado su estudio, manifiestan la aceptabilidad del mismo así como las actividades a realizarse en el tiempo previsto.

El Dr. Zurita manifiesta en primera instancia aplicar las encuestas a los Adultos Mayores, el día sábado y que el colabora con todo el personal de salud del Subcentro y que se cubrirá con todos los barrios pertenecientes al Subcentro.

La Sra. Fanny Yuccha manifiesta que para la realización de encuestas se trabaje con los barrios que tienen más Adultos Mayores siendo estos: El Tanque, Pucara, San Manuel embargo habrá barrios que tienen pocos adultos y se llega a un acuerdo que se va a trabajar con todos los barrios

**Quinto Punto.**

El Dr. Manifiesta estar de acuerdo en todo y que necesita la colaboración de todo el personal de salud y que se trabaje bajo su supervisión, debidamente planificado las actividades, así como su monitoreo respectivo cada vez que sea necesario.

Concluye la reunión siendo las 10H30.

Firma para constancia de la misma.

Lic. Viviana Nolasco

Secretaria.



## RESULTADO 1

### ANEXO 1.2

#### UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

#### MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL ENCUESTA SOBRE EL ADULTO MAYOR.

La presente encuesta tiene como objetivo identificar el Perfil Epidemiológico de la Población del Adulto Mayor.

#### ASPECTOS SOCIO-DEMOGRAFICOS:

Edad: 65 – 74 ( ) 75 – 84 ( ) 84 y más ( )

Género: M ( ) F ( )

Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Unión Libre ( )

Afiliado al Seguro Social SI ( ) NO ( )

#### Nivel de Instrucción:

Analfabeto ( ) Primaria Completa ( ) Primaria Incompleta ( )

Secundaria ( ) Superior ( )

Lugar de Residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Característica de la Vivienda: Propia ( ) Arrendada ( )

Por servicio (Cuidador) ( ) De familiares ( )

Cuenta con los servicios básicos: Luz ( ) Agua ( ) Teléfono ( )

Cuenta con: Alcantarillado ( ) Servicio higiénico ( ) Letrina ( )

Con quién vive: Pareja ( ) hijos ( ) solo/a ( ) familiares ( ) otros ( )

Situación Laboral: Trabaja Si ( ) No ( ) jubilado ( ) recibe bono

Ocupación actual: Empleado privado ( ) público ( ) independiente ( )

Subempleados ( ) otros ( )

#### Tiene ingresos económicos por.

Jubilación ( ) propios ( ) bono ( ) apoyo familiar ( )

#### Su ingreso mensual es de.

Menos de 100 dólares-----

100 – 200 dólares -----

201 – 300 dólares -----

301 – 400 dólares -----

**Hábitos:**

**Número de comidas diarias:** 1 vez ( ) 2 veces ( ) 3 veces ( )

**Los alimentos que ingiere en sus comidas son:**

Carnes ( ) Cereales ( ) Legumbres ( ) Lácteos ( ) Frutas ( )  
Carbohidratos ( ).

**En que ocupa su tiempo libre:** Camina ( ) Lee ( ) Ve TV ( )

Realiza manualidades ( ) Hace gimnasia ( ) otros ( )

**Con quién comparte su tiempo Libre:** Pareja ( ) Hijos ( ) Amigos ( )

Nietos ( ) Familiares ( ) Otros ( )

**Participa en alguna organización social y cultural.** Si ( ) No ( ) ¿Cuál? -----

**Habilidades y/o destrezas:** Canta ( ) Baila ( ) Actúa ( ) Manualidades ( )

Otras ( ) Ninguna ( )

**SITUACION DE SALUD:**

**¿Cómo considera su estado de salud?** Sano ( ) Enfermo ( )

La Visión es buena. Si ( ) No ( )

La Audición es buena. Si ( ) No ( ) Escucha bien ( )

La Movilidad es buena. Si ( ) No ( ) Camina lento ( )

Presenta Incontinencia Urinaria. Si ( ) No ( )

Estado Nutricional Es bueno Si ( ) NO ( ) ver H CL.

Presenta dificultad para olvidarse las cosas. Si ( ) No ( )

Presenta Incapacidad Física: Si ( ) No ( )

Adolece de alguna enfermedad, lesión o discapacidad: Si ( ) No ( )

¿Cuál?-----

¿Está en tratamiento? Si ( ) No ( )

**¿Con que frecuencia acude al médico?:** Semanalmente ( ) Mensualmente

Anualmente ( )

¿Qué medicamento toma?-----

**A qué servicio de salud acude para su atención:** MSP ( ) IESS ( ) SCS ( )

Médico particular ( ) Farmacia ( ) Auto médica ( ) Otros ( )

**De que se ha enfermado últimamente:** -----

Realiza usualmente siesta: Si ( ) No ( )

**¿Cuántas horas duerme?:** menos de 4 horas (      )    4 a 6 horas (      )  
6 a 8 horas (      )    8 horas y más (      )

**¿Cómo se relaciona con los demás?:** Con confianza (      )    Es difícil (      )  
No se relaciona (      )

**¿Cómo es su estado de ánimo?:** Alegre (      )    Triste (      )    Deprimido (      )

## RESULTADO 1

### ANEXO 1.3

#### Socialización del Proyecto a los Profesionales del Área de Salud y Usuarios



**RESULTADO No 2**

**ANEXO: 2.1**

**ENCUESTA REALIZADA AL CLIENTE INTERNO.**

**INSTRUCTIVO:**

Sírvase contestar estas preguntas las mismas que son anónimas y me ayudará para la elaboración de mi proyecto, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del Adulto Mayor mediante la capacitación, prevención y control de las enfermedades crónicas.

1. Considera Usted que el grado de conocimiento que tiene acerca de la

Enfermedades crónicas es:

Mucho ----- Poco ----- Nada -----

2. Cree Usted que el conocimiento ayuda a brindar una mejor calidad de

Atención al cliente externo

Si ----- No -----

3. Cree Usted que la actualización de conocimientos debe realizarse con

Constantemente

Si ----- No -----

4. Debe contar el Ministerio de Salud Pública con personal capacitado

Si ----- No -----

5. La charla realizada por profesionales capacitados les sirvió para actualizar sus conocimientos y aclarar inquietudes.

Si ----- No-----

**GRACIAS.**

**RESULTADO No 2**

**ANEXO: 2.2**

**INVITACIÓN AL CLIENTE EXTERNO A LAS CHARLAS  
DADAS POR PERSONAL MÉDICO CALIFICADO**

**¡VEN ASEGURA TU VIDA, AYUDANOS A PREVENIR  
LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS!**

**¿COMO?**

**TE LO DIRA EL DOCTOR**

**MANUEL ZURITA**

**EN EL SUBCENTRO DE SALUD EL CHAUPI LOS DÍAS**

**17-18-19-21 DE MARZO DEL 2010**

**A LAS 8:30 AM.**

**¡PASA LA VOZ, TE ESPERAMOS NO FALTES!**

## RESULTADO No 2

### ANEXO: 2.3

#### ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL CURSO DE CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DIRIGIDO AL ADULTO MAYOR Y FAMILIARES.

De acuerdo a su criterio elija una alternativa:

1. La temática abordada en el curso de capacitación fue

.

Excelente-----

Buena-----

Muy buena-----

Regular-----

2. La participación de los expositores en el curso fue.

Excelente-----

Buena-----

Muy buena-----

Regular-----

3. Las técnicas de enseñanza utilizadas de los expositores fue.

Muy satisfactorio-----

Satisfactorio-----

Regulares-----

4 .La organización del curso fue.

Excelente-----

Buena-----

Regular-----

## RESULTADO 2

### ANEXO: 2.4

#### Reunión del Equipo de Trabajo



Equipo de trabajo conformado y actuando.





## RESULTADO No 3

### ANEXO: 3. 1

#### EVALUACIÓN DEL NIVEL DE MOTIVACION Y SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR.

1. ¿Por qué acudió usted a este grupo?

-----

2. ¿Qué ha aprendido de las charlas educativas en las que participo?

-----

3. ¿Cuánto tiempo tenía usted que no se recreaba?

-----

4. Esta usted satisfecho con las charlas que se las expuesto?

-----

5. ¿Sugerencias de cómo se podría mejorar las charlas?

-----

6. ¿Qué actividades y charlas quisiera realizar las próximas reuniones?

-----

Firma Responsable

### RESULTADO No 3

#### ANEXO: 3.2

#### ACTIVIDADES DE MOTIVACION Y RECREACION PARA EL CLUB DEL ADULTO MAYOR.



**RESULTADO No 3**  
**ACTIVIDADES DE MOTIVACION**  
**ANEXO: 3.3**



## RESULTADO No 4

### ANEXO: 4. 1



**CLUB DEL ADULTO**  
**CRÓNICAS**  
**TERAPIA RECREATIVA**  
**REGISTRO DE ASISTENTES**  
**2010**

**MAYOR Y ENFERMEDADES**

**FECHA 12 DE MAYO DEL**

MARIA TIXILEMA CASTILLO	TERESA GOMEZ
MARIA CEVALLOS RODRIGUEZ	JOSEFINA IZA
ISABEL PUMACURO	DELIA IZA ROBALINO
JOSE RAFAEL PERALTA	JOAQUIN TIGASI
MARIA CHACHA	LUISA RIVERA SALAZAR
MANUEL PILA	CARLOS IZA SORIA
CESAR VIZUETE	JOSE MARIA IZA
CLARA VIZUETE	GLORIA MARIA GERAMN
MARIA ISABEL ROBALINO	SEGUNDO GERMAN RIVERA
BLANCA GERMAN	VICENTE SALAGATA
MARIA TARGELIA VILLEGAS	MARIA AURORA RIVERA
ROBERTO REDROBAN	MARIA HERMELINDA CHACHA
ESTHER TIXILEMA	CESAR ANIBAL ZAPATA
MARIA VIRACOCCHA	ZOILA ESPERANZA VILLEGAS
ANGEL VILLACIS	LUIS ALFONSO LUJE
MARIA LLUMIGUSIN	ROSA SALAZAR
MARIA TIPANTUÑA	EUCLIDES PILACHANGA
MARIA OLIMPIA PILACHANGA	MERCEDES CEVALLOS
BLANCA JACOME	BLANCA ATY
HUMBERTO GOMEZ	JOSE GOMEZ



**III. Calidad de la atención de salud**

3.1 Cuantas visitas recibieron por la Unidad de Salud en los últimos meses.

**IV. Atención en Salud al Adulto Mayor**

4.1 Algún Adulto padece de alguna enfermedad crónica -----

4.2 El Adulto Mayor padece e Hipertensión Arterial-----

4.3 Si el paciente es Hipertenso está recibiendo tratamiento médico-----

4.4 El control médico fue hace que tiempo-----

4.5 El Adulto Mayor padece de azúcar en la sangre (diabetes) -----

4.6 Si es paciente diabético recibe atención médica-----

**V. Estilos de vida saludable.**

5.1 Recibió información por el equipo de salud que se le realizo la visita domiciliaria sobre estilos de vida saludable como:

Alimentación saludable -----

Actividad física -----



**RESULTADO No 6**  
**ANEXO: 6.2**  
**PROGRAMA DE MONITOREO DOMICILIARIO**



## RESULTADO No 7

### ANEXO: 7.1

#### ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL CURSO DE CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DIRIGIDO AL ADULTO MAYOR Y FAMILIARES.

De acuerdo a su criterio elija una alternativa:

1. La temática abordada en el curso de capacitación fue

.

Excelente-----

Buena-----

Muy buena-----

Regular-----

2. La participación de los expositores en el curso fue.

Excelente-----

Buena-----

Muy buena-----

Regular-----

3. Las técnicas de enseñanza utilizadas de los expositores fue.

Muy satisfactorio-----

Satisfactorio-----

Regulares-----

4 .La organización del curso fue.

Excelente-----

Buena-----

Regular-----



**RESULTADO 7**  
**ANEXO:7. 1**  
**EVALUACIÓN DEL PROYECTO.**

