



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

**Implementación de un programa de atención integral al adulto
mayor del barrio bosque de Monay. Cuenca,**

Agosto 2011.

Tesis de Grado:

Autora:

Campoverde Salazar, Cinthya Priscila

Directora:

Velasco Garcés, María de Lourdes, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2013

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Cinthya Priscila Campoverde Salazar, declaro ser autora de la presente tesis y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

Quito, febrero de 2013.

f.....

Md. Cinthya Priscila Campoverde Salazar.

CI: 0104385596

DEDICATORIA

A mis queridos abuelos, y mi madre: por mostrarme, con su sencillez y perseverancia, el camino para poder alcanzar este logro, que definitivamente no se hubiere cristalizado sin su apoyo incondicional que día tras día acompañan mis pasos.

Prissy.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios, mi Guía a lo largo de esta travesía, por brindarme esta grata alegría, a través de la cual espero siempre de su mano alcanzar otras, que anhelo sean para su Gloria.

De manera muy especial agradezco a la UTPL y la Maestría de Gerencia en Salud por el apoyo y la calidez brindada no sólo durante el desarrollo del proyecto sino a lo largo de toda la carrera.

Al Centro de Salud Bosque de Monay N° 1 y todo el barrio de Monay por haber creído en mí y en el proyecto que cristalizamos juntos, por todo el apoyo recibido.

A mi mentora de tesis: muy apreciada: directora, quien fue un pilar en los ánimos y desarrollo de este trabajo, gracias por ser el último escalón para poder alcanzar este sueño, MI SUEÑO, que ahora es una realidad, GRACIAS por formar parte de él.

Y a todos aquellos, que han quedado en los espacios más profundos de mi memoria y que fueron partícipes, de una u otra forma, de este gran esfuerzo, GRACIAS.

Prissy.

7.2 Marco Conceptual	13
8. Diseño Metodológico	23
8.1 Matriz de Involucrados	23
8.2 Árbol de Problemas	24
8.3 Árbol de Objetivos	25
8.4 Matriz de Marco Lógico	26
9. Resultados	32
9.1 Resultado 1	33
9.2 Resultado 2	41
9.3 Resultado 3	45
9.4 Resultado 4	47
9.5 Resultado 5	50
9.6 Evaluador de Indicador Propósito	54
9.7 Evaluación de Indicador Fin	56
10. Conclusiones	57
11. Recomendaciones	58
12. Bibliografía	59
13. Anexos	a

1. RESUMEN EJECUTIVO

En el Centro de Salud N°1 de Monay, de Cuenca, se desarrolló el proyecto de acción dirigido a la atención integral del adulto mayor.

La propuesta partió con la realización de un diagnóstico participativo con las autoridades barriales, representantes de estado y del centro de salud, evaluando la problemática que afecta a los adultos mayores, realizando un consenso para establecer como problema prioritario el hecho de que la atención integral actual es deficiente, buscando innovarla y mejorarla.

La finalidad fue mejorar la calidad de vida del adulto mayor, siendo el propósito principal establecer un modelo de atención, identificando en el proceso la inexistencia de instrumentos conceptuales y metodológicos para la evaluación funcional del adulto mayor, la des actualización del equipo de salud y la desinformación de los esquemas preventivos y recreacionales dados por el MSP.

Se capacitó ampliamente al equipo de salud y se cumplió el 100% de los objetivos planteados realizando un cambio drástico en la atención de salud al adulto mayor, las actividades recreativas se cumplieron a cabalidad, logrando no sólo la implementación del proyecto sino la continuidad.

2. ABSTRACT

In the Center of Health N°1 of Monay, of Cuenca, you development the action project directed to the older adults integral attention.

The proposal left with the realization of a diagnosis participate with the authorities mires, state representatives and of the center of health, evaluating the problem that affects the biggest adults, carrying out a consent to settle down as high-priority problem the fact that the current integral attention is faulty, looking for to innovate it and to improve it.

The purpose was to improve the quality of the biggest adult's life, being the main purpose to establish a model of attention, identifying in the process the nonexistence of conceptual and methodological instruments for the older adults functional evaluation, give it upgrade of the team of health and the disinformation of the preventive outlines and recreationalist given by the MSP.

It was qualified thoroughly to the team of health and 100% of the outlined objectives was completed carrying out a drastic change in the attention of health to the older adult, the recreational activities were completed, not only achieving the implementation of the project but the continuity.

3. INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de las condiciones generales de vida y mayor acceso a los servicios de salud han reducido las tasas de mortalidad y han mejorado notablemente la calidad de vida de la población en general más aún de la población adulta mayor que es víctima de las enfermedades crónico-degenerativas (neoplasias, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatías).

Como resultado la estructura de la población ha cambiado sustancialmente, incrementándose la esperanza de vida no sólo a nivel mundial sino también a nivel local, uno de los aspectos que mejora notablemente la calidad de vida del adulto mayor son los centros de entretenimiento y de reunión que permiten al adulto mayor compartir con personas afines

La tendencia del aumento de la población de edad avanzada trae consigo importantes consecuencias económicas, sociales, políticas y culturales, porque en las etapas de la vejez se acrecientan los riesgos de perder capacidades físicas de deterioro de la salud de consecuencias permanentes y de retiro de trabajo y de la actividad.

En esta etapa de la vida se depende más de la familia y la comunidad, ya que el cuidado de los añosos se asume como una obligación inevitable.

Ante este panorama, se prevé que se avecinan tiempos difíciles, producto de las desigualdades que prevalecen en la sociedad, las que se agudizan aún más en los adultos mayores tornándolas vulnerables en su economía y en su salud física y mental. Por lo tanto es importante disponer de servicios sociales y de salud destinados a promover un envejecimiento sano, a prevenir, retardar o disminuir problemas que puedan afectar a la capacidad de los individuos de actuar por sí mismos para lo que se deben crear programas como el presente de apoyo al Centro de Salud.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social conjuntamente con la vicepresidencia de la república ha creado programas de apoyo al adulto mayor pero no son programas concretos con un cronograma establecido, que por una parte tiene sus ventajas, ya que, gracias a esta modalidad se pudo financiar el presente programa de acción.

Por otro lado, las instituciones que se encargan de atender a este grupo de población tienen que replantear sus intervenciones y encaminarlas hacia las demandas reales de esta población recordando que el Ecuador pese a ser un país pequeño es muy variado, y la realidad por citar un ejemplo no es igual en el área urbana que en la rural, o en la costa que en la sierra, por lo tanto todos estos aspectos se deben tomar en cuenta para replantear sus intervenciones y encaminarlas hacia las demandas reales de la población.

En efecto, el planteamiento y la previsión de los servicios de salud adecuados para los adultos mayores requieren el conocimiento de dichas necesidades, principalmente cuando los recursos son limitados.

Como ya se mencionó nuestro proyecto fue en su mayor parte cristalizado con la ayuda del gobierno nacional, concretamente del Ministerio de Inclusión Económica y Social, la representación del Comité Barrial Santa Teresita de Monay fueron el pilar económico y moral para la realización del proyecto, permitiendo así la factibilidad del mismo.

En este contexto se ha creído conveniente realizar este proyecto con el apoyo de la Universidad de Loja para el desarrollo del programa, de la cual se ha recibido todo el apoyo para su realización.

La propuesta realizar este proyecto donde los actores principales del cuidado de su salud, sean los mismos adultos mayores moradores del barrio.

Esto mejoró la satisfacción del servicio, mejorando la salud global del adulto mayor en el barrio, disminuyendo la morbilidad de adulto mayor en este sector.

5. JUSTIFICACIÓN

Los problemas de morbilidad, por una parte expresan sólo las consultas y por otra, señalan la patología que el médico considera como el principal motivo de consulta y de diagnóstico. Tanto la morbilidad como la mortalidad en la población Adulta Mayor difieren del resto de la población debido a la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas que se asocian con mayor discapacidad tanto física como mental.

Los cambios en la composición y estructura de la población, van paralelos con los perfiles de salud. Las condiciones de salud y las necesidades de ella en una población en general son expresiones del estatus económico, educacional y social en las que se desarrollan y viven y, varían de un país a otro; de un área a otra, de una región a otra. Estos factores influyen directa y significativamente en la demanda de la atención que la población pueda tener lo que conlleva a tomar decisiones de prioridad en el cuidado de su salud.

Las transiciones demográfica y epidemiológica son dos fenómenos que afectan seriamente a la población ecuatoriana siendo el Ecuador uno más de los países subdesarrollados de América Latina e inmerso en el proceso de envejecimiento. Este proceso es el resultado de dos importantes fenómenos: el aumento de la esperanza de vida y la baja en las tasas de natalidad.

Al hablar de vejez nos introducimos en el tema de las edades. Delimitar una edad tiene importancia, sobre todo a efectos de los estudios epidemiológicos y, en este contexto, suele aceptarse la edad de jubilación como referencia. En Ecuador se tomó la edad de 65 años y más, según la Ley del Anciano promulgada en el Registro Oficial 806 de 6 de noviembre de 1991 y Decreto Ejecutivo No. 127 y su registro general en vigencia en el Registro Oficial 961 del 19 de junio de 1992 y Decreto Ejecutivo No. 3437.

En el Barrio de Monay, se puede identificar un equipo de salud con dificultad a corto y mediano plazo en comunicación con adulto mayor

La salud del Adulto Mayor constituye una alerta para los gobiernos de cada país sobre todo en Latinoamérica y El Caribe, siendo parte de la problemática nuestro país, la provincia y por qué no decir a groso modo nuestro barrio puesto que si no se atiende el mejoramiento de las condiciones de vida, de salud y los estilos de vida no solo en este grupo etario, las poblaciones se encaminarán a vivir más tiempo, pero bajo condiciones disminuidas en todos

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 Aspecto Geográfico de lugar

La ciudad de Cuenca, ubicada a 2553 m.s.n.m., con una superficie de 3128.9 Km. 2 .se asienta en una llanura aluvial rodeada por montañas y forma parte de la cuenca hidrográfica del río Paute. Está atravesada por los ríos: Yanuncay, Tomebamba, Tarqui, Machángara, tributarios del Paute.

La ciudad está conformada por las parroquias urbanas: Bellavista, Cañaribamba, San Sebastián, el Batán, El Sagrario, el Vecino, Gil Ramírez Dávalos, HuaynaCápac, Machángara, Monay, San Blas, Sucre, Totoracocha y Yanuncay

Parte de la parroquia de Monay está la ciudadela Tomebamba, donde está ubicado el Centro de Salud de Monay, en la calle El Quiteño Libre y la Avenida 24 de Mayo.



Catedral La Inmaculada

7.1.2 Misión

Somos una organización pública especializada en proveer Servicios de Salud de 1° nivel, cuyos propósitos son la excelencia en la atención integral del paciente, la rentabilidad, el apoyo al médico en su desarrollo profesional, mediante infraestructura innovadora de alta tecnología y el desarrollo integral de nuestro equipo.

7.1.3 Visión

$1,70 \times 1,7 = 2,89$; $2,89 \times 20 = 57,8$ Kg.; $2,89 \times 25 = 72,3$ kg. Bajo 57,8 Kg. se considera enflaquecida, sobre 72,3 existe obesidad.

Memoria

La pérdida de memoria es una amenaza siempre presente para los adultos mayores. En ella influyen:

- La angustia y la depresión, el aislamiento y la inactividad.
- Alcohol y medicamentos que pueden interferir con la atención y, eventualmente, producir daño cerebral.
- Mal estado general, con desnutrición, falla cardíaca o respiratoria, pueden repercutir sobre el funcionamiento cerebral.
- Enfermedades cerebrales: Alzheimer, lesiones vasculares o de otro tipo.

Para mantener la memoria deben evitarse estos factores que la amenazan, por una parte, y, por otra, debe mantenerse la actividad cerebral. Esto significa interesarse y pensar en lo que lo rodea, adquirir nuevos intereses, evitar la rutina. Es necesario interactuar con otras personas, saber qué sucede en la vida de sus familiares y amigos, colaborar en las tareas de la casa, de la comunidad o de los nietos.

Muchas veces es posible aprender o adquirir nuevas habilidades: seguir un curso, integrarse a un grupo de teatro, aprender jardinería o repostería.

El maltrato al adulto mayor

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 auto valentes pasa

<i>Actividades Relacionadas con los resultados.</i>			
Resultado 1			
Actividad 1			
Actividad	Cronograma	Responsable	Presupuesto
Reunidos las autoridades de Centro de Salud, el presidente del Comité Barrial, la representante del MIES y maestrante se realizó reunión para explicación de desarrollo de proyecto.	Enero, 4 de 2012.	Maestrante.	\$120 Preparativos de la reunión, material, y alimentación durante el almuerzo.
Actividad 2			
Capacitación a médicos tratantes y rurales del centro de salud sobre el tema: “El flujo gram de atención al paciente adulto mayor”.	Enero 16 a 20 de 2012.	Maestrante y Representante de MIES.	Material para la charla \$245.
Actividad 3			
Capacitación sobre Valoración Inicial Geriátrica Integral.	Enero 23 a 24 de 2012.	Maestrante y Representante de MIES.	Material de apoyo \$230.
Actividad 4			
Taller de Promoción de Salud enfocado Aspectos Recreativos para Adulto Mayor.	Enero 23 a 27 de 2012.	Maestrante y Representante de MIES.	Material de apoyo \$140.

Resultado 2			
Actividad 1			
Coordinación con el presidente del Comité Barrial para la difusión del proyecto, se difundirá en la radio y se elaborará trípticos.	Enero 30 a febrero 3 de 2012.	Presidente de comité Barrial y Maestrante.	Elaboración de trípticos \$280 Cuña radial \$125
Actividad 2			
Adecuación en su totalidad del Centro de Salud para la puesta en marcha de esquemas de atención de adulto mayor.	Febrero 2012.	Director de Subcentro. Maestrante.	Materiales \$150
Actividad 3			
Elaboración de plan de atención integral para adulto mayor.	Marzo 2012.	Director Centro de Salud. Maestrante Representante MIES. Representante Vicepresidencia República.	Materiales de Oficina \$92 Impresión de Manuales \$80
Actividad 4			
Elaboración de calendario de actividades recreacionales para los adultos mayores.	2 a 6 de Abril de 2012.	Director Centro de Salud. Maestrante Representante MIES. Representante Vicepresidencia	Materiales de Oficina \$55 Horas Extras \$200

		República.	
Resultado 3			
Actividad 1			
Taller de educación y capacitación sobre Estilo de Vida del Adulto Mayor.	Abril 2012.	Director de Centro de Salud. Maestrante.	Materiales para taller \$90.
Actividad 2			
Capacitación sobre salud oral preventiva e Importancia de Acudir periódicamente al Odontólogo.	Abril 2012.	Odontólogo Tratante de Centro de Salud. Odontólogo Rural. Maestrante.	Materiales Informativos \$78.
Actividad 3			
División de los adultos mayores en grupos por enfermedades crónicas para formación de clubes: de hipertensos, diabéticos y de enfermedades de tipo articular.	Mayo, 2012.	Director Centro de Salud. Representante de MIES. Maestrante.	Material para clubes \$80
Resultado 4			
Actividad 1			
Reunión con moradores de barrio en el parque central, para la Feria de la Alimentación.	20 de Mayo de 2012.	Presidente de Comité Barrial. Maestrante.	Insumos para feria \$120 Contratación de Chefs \$250

Actividad 2			
Elaboración de volantes informativos sobre el estilo de vida del adulto mayor y el cuidado que se debe tener.	21 a 25 de Mayo de 2012.	Representante de MIES. Maestrante.	Impresión de volantes \$58.
Actividad 3			
Organización conjunta del personal de centro con un representante de familia de barrio en cuyos hogares un integrante sea adulto mayor.	1 a 8 de junio de 2012.	Representante de la vicepresidencia de la República. Maestrante.	Impresión de Material Informativo \$55.
Resultado 5			
Actividad 1			
Control semanal de pacientes enfermedades crónicas.	12 de junio 2012.	EBAS Maestrante	Material Informativo \$85
Actividad 2			
Elaboración de Taller para Educación sexual adulto mayor.	14 de junio de 2012.	Director Centro Salud. Maestrante.	Material Informativo \$83
Actividad 3			
Charla práctica sobre administración de dinero.	21 de Junio 2012.	Maestrante.	Impresión de Trípticos \$58

El primer punto a tratarse fue la atención del adulto mayor con ayuda del Flujo grama de atención. (Ver apéndice 5)



9.1.4 Taller de Promoción de Salud enfocado en Actividades Recreativas.

El taller se llevó a cabo el 23 a 27 de enero de 2012, en módulo de 3 partes, siendo la primera ejercicios para adultos mayores abordando actividades recreativas y físicas para mejorar la movilidad y limitación de los adultos mayores que padecen enfermedades osteoarticulares.

El segundo módulo se centro en actividades manuales que se impartirán a género femenino de nuestra población blanco. (Ver apéndice 4)

Finalmente el tercer módulo fue dedicado para actividades recreacionales para el género masculino.

Una vez terminado los tres módulos con el personal de Centro de Salud se emitió una lluvia de ideas para analizar las actividades que se realizarán en nuestra población blanco.

Al culminar el taller se realizó la evaluación de conocimientos y la encuesta de trabajo realizado, con una aceptación y asimilación de 100%.

Finalmente mencionaremos que se realizó una encuesta antes y después de las charlas de capacitación.

9.2 Resultado N° 2

9.2.1 Difusión de Proyecto al Barrio de Monay.

Con ayuda del Presidente de Comité Barrial acudimos a la Radio la Voz del Tomebamba para contratar una cuña radial informando sobre el proyecto, para que acudan al Centro de Salud para más información.

La cuña radial fue difundida en todo el mes de febrero.

De igual manera con la colaboración económica del Comité Barrial de Monay se realizó trípticos informativos para los moradores del barrio, impartidos todos los días domingos del mes de febrero en la misa de la mañana y de igual manera en el comisariato del barrio, muy concurridos por sus moradores.

Como resultado de esta actividad hubo gran afluencia de los moradores de barrio al Centro de Salud en busca de información sobre el proyecto.

Se comunicó oportunamente a los moradores del barrio el calendario de actividades del proyecto.

Se realizó una encuesta de proyecto sobre la opinión de la gente de realizar el mismo en su barrio.



El Lcdo. Pablo Salamea, en la Radio la Voz del Tomebamba.

9.2.2 Adecuación de Centro de Salud para Actividades con Adultos Mayores.

El Centro de Salud de Monay, tiene una nueva infraestructura desde hace dos años, es muy amplia y por lo tanto hay varios espacios desperdiciados, conjuntamente con el Director de Centro de Salud se vio la posibilidad de acoplar una sala existente para talleres y la conformación del club del adulto mayor.

La sala destinada para los talleres es una infraestructura nueva, lo que se realizará es la colocación de una pizarra de tiza líquida, sillas y mesas.

Todos los implementos serán donados en parte por el Comité Barrial de Monay, el MIES y la autora de proyecto.



Vista panorámica del espacio destinado a la recreación.

9.2.3 Elaboración de Plan Integral de Atención al Adulto Mayor.

Con ayuda del personal de la institución se reunió todos los esquemas del MSP impartidos en las charlas y talleres para el personal y lo sintetizamos en un pequeño manual de bolsillo, el cual lo tendrá en todos los consultorios del centro de salud, incluido el consultorio odontológico, en la primera parte, está esquematizado los flujo gramas de atención, la valoración inicial integral al adulto mayor y finalmente las actividades recreativas.

El tiempo estimado de realización del manual fue de 7 días, se lo realizó en las tardes luego de la consulta externa, y el aporte económico de la representante de la Vicepresidencia de la República, hizo posible el obtener este nuevo manual.



Reunión con autoridades del Barrio

9.2.4 Elaboración de Calendario de Actividades Recreacionales para el Adulto Mayor

Se realizó el calendario de actividades centrado en el manual explicado anteriormente, se requirió de horas extras del personal de centro, al no disponer de recursos económicos se invirtió en refrigerios para los días que nos tomó el realizar el calendario, estando todos los involucrados en este proyecto de acuerdo.

Al ser este un proyecto de continuación las actividades recreacionales planteadas fueron de 1 año contando desde el mes de mayo de 2012 hasta mayo de 2013, realizando una contratación a los instructores, gracias al aporte económico del Comité Barrial de Bosque de Monay.

A continuación presentamos el calendario de actividades recreacionales.



Realización de baile terapia conjunta hombres y mujeres

Actividad	Fecha
Capacitación de Ejercicios que pueden realizar los adultos mayores, previos a cualquier actividad física.	Mayo, 2012.
Contratación de Instructores para Manualidades, baile terapia, cursos informáticos.	Junio, 2012.
Inicio de actividades recreativas	Junio, 2012.

Las actividades de manualidades serán impartidas en cursos y módulos de tejido, pintura, y realizaremos autofinanciamiento con precios accesibles a los beneficiarios, usando el dinero para financiar el pago a los instructores, ya que, el financiamiento del Comité Barrial no fue suficiente.

La baile terapia será tres veces a la semana de 19 a 20 horas en el parque central del Barrio.

Los cursos de informática serán impartidos en el centro del saber del barrio, gracias a que el comité barrial puso a disposición el espacio y los equipos informáticos.

9.3 Resultado 3.

9.3.1 Taller de educación al adulto mayor sobre Estilo de vida de adulto mayor.

El taller fue impartido a los adultos mayores los días miércoles, en el local adecuado previamente del Centro de Salud, de 15 a 17 horas con varios aspectos como el autocuidado, e incluso como invertir el dinero proveniente de la jubilación.

A este taller impartido a lo largo del mes acudieron un total de 35 adultos mayores con un 80% de género femenino y 20% de masculino.



La capacitación tuvo más acogida femenina.

9.3.2 Capacitación sobre salud oral y prevención.

Gracias a la odontóloga tratante de Centro de Salud, la Dra. Carmen Vázquez, se realizaron invitaciones para que los adultos mayores acudan al centro de salud, el equipo EBAS del centro de salud, acudió puerta a puerta y se realizó invitación al 100% de los adultos mayores moradores de barrio.

Acudieron a la consulta de odontología el 90% de los adultos mayores, que actualmente acuden al área odontológica del centro de salud.



El Dr. González, médico rural, al servicio del barrio.

9.3.3 Clubes de Enfermedades Crónicas

Del total de adultos mayores el 167, con un total de diabéticos de 33, 25 adultos mayores que padecen de hipertensión arterial, y finalmente 13 personas que padecen enfermedades osteoarticulares.

Los clubes se reúnen 1 vez al mes para intercambiar vivencias de sus patologías, con el compromiso de acudir a centro de salud 1 vez a la semana para control.

Se usaron trípticos como material de información con conceptos sencillos para los beneficiarios. (Ver apéndice 2).

9.4 Resultado N° 4

9.4.1 Feria de la Alimentación

El 20 de mayo de 2012 en el parque central de Barrio de Monay se llevó a cabo la Feria de Alimentación, el evento estuvo a cargo desde su difusión por el Comité Barrial de Monay.

Alrededor de la cancha se colocaron alrededor de 15 puestos con una gran variedad de alimentos y con cada puesto se encontraba un representante del proyecto informando de la alimentación que debe ser consumida por los adultos mayores así como las raciones.

También existió una venta de comida para autofinanciar el evento.

Tuvo gran acogida por parte de los moradores del barrio y fue la consolidación del conocimiento al público del proyecto.



9.4.2 Elaboración de volantes informativos sobre el estilo de vida de adulto mayor y los cuidados que se deben tener.

Con el equipo médico de personal de centro de salud se elaboró volantes informativos presentado a continuación, el tiempo empleado fue 5 días, trabajando las tardes de 15 a 17 horas, finalmente al tenerlo listo se imprimió con la ayuda económica de MIES.

Se imprimieron alrededor de 500 volantes, se los repartieron inicialmente en la iglesia luego de la misa de domingo y posteriormente el equipo EBAS, acudió puerta a puerta dando a fondo el contenido del volante.



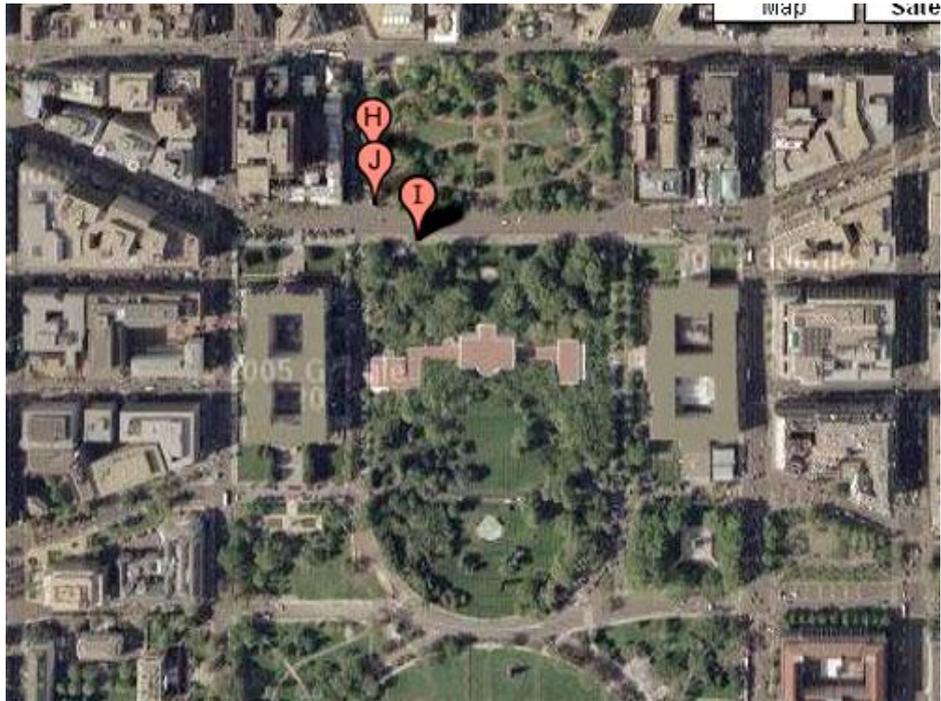
Parte frontal de hoja volante.

9.4.3 Organización conjunta del personal de centro con un representante de familia de barrio en cuyos hogares un integrante sea adulto mayor.

Inicialmente se realizó un mapa parlante en donde se marcó las casas en las que hay un adulto mayor para realizar el trabajo sobre estas casas, una vez realizada la investigación se procedió a la visita puerta a puerta por parte del equipo EBAS, como ya existieron visitas previas por parte del mismo equipo de trabajo la evaluación fue más sencilla.

Hubo gran acogida por parte de los moradores de barrio, muchas dudas por parte de ellos fueron aclaradas, se señaló de cada casa en la que existía un adulto mayor a un representante de esa familiar, encargado de cuidar a esta persona o que tenga un trato directo.

Se reunieron alrededor de 78 familias en las que existía un adulto mayor, de nombró un representante al que se le realizó una encuesta informativa, que fue el punto de partida para saber por dónde empezar en la educación.



Esquematación de barrio donde se explican las localizaciones de las familias que tienen adultos mayores.

Se realizó una encuesta sencilla (anexo), con parámetros de alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, y responsabilidad en salud.

Se establecieron criterios de calificación de

Nunca: 1 punto

A veces: 2 puntos

Frecuentemente: 3 puntos

Siempre: 4 puntos

Con un puntaje máximo de 100 puntos.

Resultado 5

9.5.1 Control semanal adulto mayor con enfermedades crónicas.

Por las visitas previas a todas las familias, por parte del equipo EBAS, se tiene un Censo de todos los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas que requieren seguimiento periódico.

El control semanal se lo realizará todos los días miércoles de todos los meses a partir de este proyecto en adelante.

9.5.2 Elaboración de Taller Sobre Sexualidad para el Adulto Mayor.

El 12 de junio de 2012 en el área destinada para talleres y charlas de Centro de Salud de Monay a las 15 horas se llevó cabo el taller sobre sexualidad de adulto mayor, con una audiencia de 50 adultos mayores.

Los temas tratados fueron: “Sexualidad Satisfactoria a toda edad”, “Impotencia Sexual y Tratamientos”, “Menopausia y Vida Sexual”. Ver anexo 6.

9.5.3 Charla práctica de administración de dinero.

Finalmente culminando este proyecto el 21 de junio se realizó una Charla práctica sobre administración de dinero, ya que, la jubilación representa una disminución importante de ingresos económicos, la charla se llevó a cabo a las 15 horas hasta las 16 horas con una audiencia de 30 personas, la charla tuvo buena acogida y preguntas importantes sobre la administración de dinero.

Luego de todas las actividades aplicadas a los adultos mayores del 22 al 30 de junio se realizaron evaluaciones repetidas a los adultos mayores y sus familiares, evaluando así la efectividad del proyecto.

El concepto de calidad de vida⁵ proporcionó la base teórico-metodológica de la investigación. Concepto que resulta de gran validez para evaluar las condiciones y bienestar de grupos sociales en un determinado ambiente. Esto, por cuanto estudiar la "calidad de vida" de una comunidad significa analizar no sólo las condiciones físicas y objetivas, sino las experiencias sociales y subjetivas que los individuos tienen de su existencia en su hábitat. Implica evaluar

cómo viven los individuos, qué expectativas de transformación tienen tales condiciones y cuál es el grado de satisfacción que se consigue tanto a nivel individual como colectivo. En este sentido, y para cumplir con los objetivos planteados en el proyecto, se requirió recolectar información a través de instrumentos metodológicos cuantitativos y cualitativos.

Para la construcción del índice de Calidad de Vida en sí, se seleccionaron aquellas preguntas de la encuesta que apuntaban directamente hacia la calidad de vida del adulto mayor. A las respuestas se les determinó un puntaje ubicado en una escala entre 0 y 1.

Los rangos dentro de los cuales se calificaron los índices son:

0 a 0,24 = "Muy Mala Calidad de Vida"

0,25 a 0,49 = "Mala Calidad de Vida"

0,5 a 0,74 = "Buena Calidad de Vida"

0,75 a 1 = "Muy Buena Calidad de Vida"

GRAFITABLA N°4

Indicadores de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Barrio de Monay antes y después.

Indicador	Puntaje de 0_10	
	ANTES	DESPUÉS
Participación en organizaciones	3	5
Necesidades de barrio	1	2
Factores de Seguridad de Barrio	3	3
Contaminación	7	7
Consideración de sus opiniones	2	5
Nivel educacional	4	4
Vulnerabilidad ante catástrofes	5	5
Situación económica	4	5
Ingreso Familiar	3	6

Inicialmente mencionaremos que hubo factores que antes y después de proyecto no variaron o variaron en pequeño porcentaje, dado que, hay factores del estilo de vida en el que el proyecto estuvo enfocado, como es el caso de nivel educacional que abarca el grado de escolaridad, factores externos de barrio como seguridad externa, contaminación ambiental, y la situación económica, que se observó una variabilidad positiva gracias a los ingresos familiares mejorados por la mejor administración de dinero impartida al final de proyecto.

Los siguientes indicadores si tuvieron cambios positivos mostrando en cada indicador un puntaje de hasta el doble luego del proyecto.

En lo que respecta al total se sumó un total de 64 puntos antes de proyecto, que corresponde al 30% de calidad de vida, que en equivalencia a la escala de calidad de vida, ya mencionada, es de mala calidad de vida, y posterior al proyecto se observa un total de 113 que corresponde al 53.8% siendo de buena calidad de vida.

Observándose una mejoría de de 0,3 a 0,53 en el índice de Calidad de Vida empleado.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE PROPÓSITO

Propósito

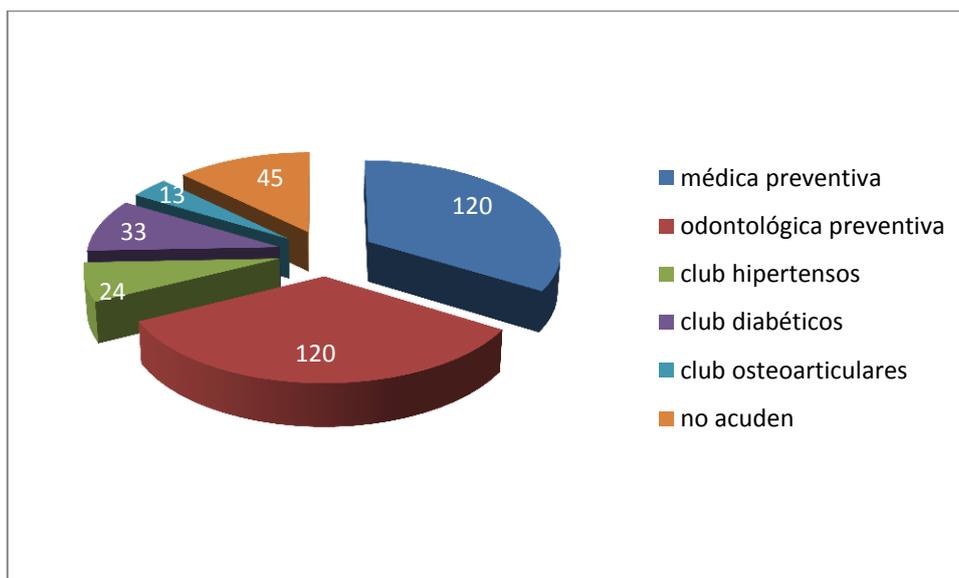
Implementar un programa de atención integral al adulto mayor del Barrio Bosque de Monay, creando estrategias para que las personas de grupos de adulto mayor se beneficien de atención medica integral, mediante el mejoramiento del plan de actividades del Centro de Salud.

Indicador

Hasta el mes de julio de 2012 el 70% de los adultos mayores moradores de barrio de Monay tienen una atención integral en el Centro de Salud de Monay en la ciudad de Cuenca.

GRAFITABLA N° 5

Tipo atención	Aplicaciones	%
médica preventiva	120	70%
odontológica preventiva	120	70%
club hipertensos	24	15%
club diabéticos	33	20%
club osteoarticulares	13	8%
no acuden	45	30%
total	165	100%



Fuente: Directa

Elaboración: Md. PC.

Análisis e Interpretación

En la grafitabla N° 5 se puede observar que el 70% de total de la población de adultos mayores de barrio, acude periódicamente al centro de salud ya sea a atención médica de tipo preventiva u odontológica son la de más alta afluencia de 70%, seguido de los clubes de adultos mayores que padecen enfermedades crónicas.

Toda esta afluencia gracias al plan y cronograma de trabajo formado por este proyecto.

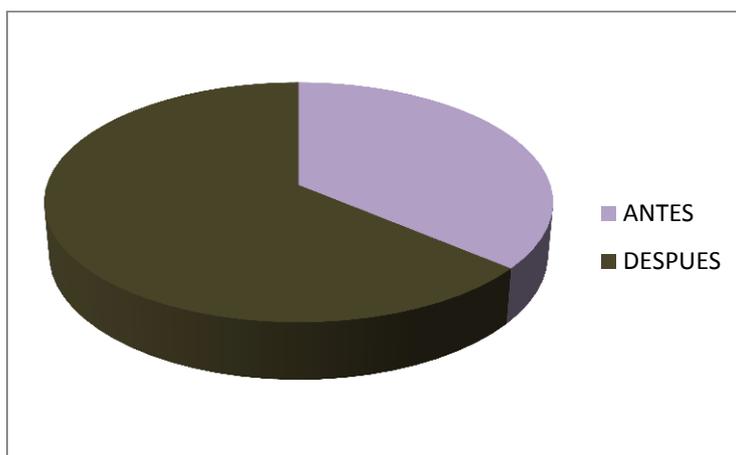
EVALUACIÓN DE INDICADOR DEL FIN

FIN

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores de Barrio Bosque de Monay.

El fin de este proyecto fue mejorar la calidad de vida de adulto mayor de barrio de Monay, como se puede observar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO N° 6



Fuente: Directa

Elaboración: Md. PC.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con los datos de la tabla N° 4 sobre calidad de vida se puede observar cuanto ha mejorado la calidad de vida de adulto mayor con el proyecto, ya que un estilo de vida malo considerado de acuerdo con la tabla era previo al proyecto de 0.3 que equivale a 30%, y posterior al proyecto el 0.53 que equivale a una buena calidad de vida, indicando así la mejoría en la calidad de vida.

CONCLUSIONES

- ❖ Al culminar el proyecto se cumplió el 100% de los objetivos planteados.
- ❖ Se capacitó al 100% del personal de centro de salud, compartiendo además sus deseos con respecto a una atención de mejor calidad para el adulto mayor, aplicando la normativa actualizada de centro de salud, cabe mencionar que previo a la capacitación como se pudo apreciar en los resultados, el personal, no conocía la normativa y tampoco usaban el flujo grama de atención inicial, la gran mayoría y las dos personas que los conocían no lo usaban adecuadamente, hubo dificultades al inicio pero luego de la segunda capacitación los resultados fueron excelentes, actualmente el personal tiene un correcto uso del flujo grama, optimizando así la atención al adulto mayor.
Por otro lado se observó un aumento de la afluencia de los adultos mayores al centro de salud, como resultado de la buena capacitación que se impartió al personal.
Se pudo apreciar además una mejor relación de trabajo y de apoyo entre el personal y una actitud más emprendedora y dinámica por parte de ellos.
- ❖ Al capacitar al equipo de trabajo, se procedió a capacitar a nuestra población blanco, el adulto mayor, obteniendo un 70% de toda la población de adultos mayores de barrio que acuden asiduamente al centro de salud.
- ❖ Además luego de la realización del proyecto no sólo la continuidad de atención de adulto mayor al centro de salud es a nivel médico, sino también odontológico teniendo buena cobertura al adulto mayor como se apreció en los resultados.
- ❖ El proyecto además brindo confianza a los moradores de barrio, sobre la atención médica y los servicios brindados por el mismo, demostrando así por parte del personal no sólo eficiencia sino también eficacia.
- ❖ Por otro lado se afianzaron las relaciones entre las autoridades del barrio, todas muy interesadas en lograr un cambio positivo para el barrio que ha visto en la realidad.
- ❖ En los últimos talleres impartidos a la población se identificó que los adultos mayores y sus familiares mejoraron sus conocimientos sobre los aspectos psicosociales del envejecimiento, haciendo énfasis en su estado actual, como son las disminuciones de sus condiciones físicas y laborales, indicando en las charlas y talleres que estos aspectos no son una tragedia, sino más bien, parte de la vida y que cada etapa de la vida es diferente viviendo en su momento la que nos toca, como en este caso la vejez, con todas las ventajas y desventajas que conllevan.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer a las autoridades correspondientes, el presente proyecto , para servir de base en las diferentes actividades que se realizan en beneficio de atender las necesidades de esta población de adultos mayores, que son una población diferente que debe ser tratada de acuerdo a las circunstancias, teniendo en cuenta los derechos de adulto mayor.
- Este proyecto servirá de base para que el Centro de Salud Monay, emprenda nuevos proyectos, ya sea, por el adulto mayor o para el resto de la población.
- Se recomienda al personal de centro de salud aplicar a lo largo de su jornada de trabajo las normas establecidas en el proyecto, produciendo continuidad del proyecto, logrando así confianza en los usuarios del servicio.
- Difundir el proyecto a nivel de centros de salud de la ciudad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez R, S. Y Román G., Nobel. (2006) Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del hospital nacional de geriatría y gerontología, Costa Rica, Editorial Laseo.
2. Russell A, Lowick J, (1999) Maltrato en la Vejez, orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio. Serie estudios y documentos Centro de Capacitación C.E.C., Chile, Santiago, Editorial La Luz.
3. Gómez. M. J.F. et al. (2006) Evaluación de la Salud de los ancianos. Manizales. Columbia, Editorial Manizales.
4. Menéndez J.J. (2009) Vigilancia en Salud de Adultos Mayores. Centro Iberoamericano de Tercera Edad.
5. Organización de Naciones Unidas. (2006) Informe de la Asamblea Mundial del envejecimiento. Viena. Austria.
6. Red Latinoamericana de Gerontología. (2006). Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada. Agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX.
7. Los Adultos Mayores Un reto para la sociedad (10 al 14 de Marzo del 2003). Red Latinoamericana de Gerontología.
8. Salinas, J y Valenzuela, L. (2009). Estilo de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta del caserío de Urpay - Atipayan - Huaraz
9. Instituto Especializado de Salud Mental Hideyo Noguchi. (2001). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Lima.

10. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2008). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington.
11. CEPAL – CELADE. (Abril 2007). Protección Social De La Tercera Edad En Ecuador.
12. Ministerio De Salud Pública. (2008). Guías Clínicas De Geronto Geriátricas De Atención Primaria De Salud Para El Adulto Mayor. Ecuador.
13. Ministerio De Salud Pública.(2007). Norma De La Atención Integral De Salud Del Adulto Mayor. Chile.
14. CEPAL. Envejecimiento Y Vejez En América Latina Y El Caribe. (2001). Políticas Públicas Y Las Acciones De La Sociedad. Alberto Viveros.
15. Ministerio De Salud Pública. Sistema De Información. (2008). Historia Clínica Única. Manual De Uso De Formularios Básicos. Ministerio De Salud Pública Del Ecuador.
16. Subsecretaria De Prevención Y Protección De La Salud. (2002). Centro Nacional De Vigilancia Epidemiológica. Programa De Salud Del Adulto Mayor Y El Anciano. Manual De Procedimientos. Toma De Medidas Clínicas Y Antropométricas En El Adulto Y Adulto Mayor. México.
17. Ministerio De Salud Pública. (2003). Manual De Normas Y Procedimientos Del Sistema Integrado De Vigilancia Epidemiológica Componente, Alerta Acción (SIVE-ALERTA). Ministerio De Salud Pública. Dirección Nacional De Epidemiología, Departamento De Vigilancia Epidemiológica. Ecuador.

18. Ministerio De Salud Pública. (2007). Políticas Integrales De Salud Para El Adulto-Adulto Mayor. Ministerio De Salud Pública, Dirección De Normatización Del Sistema Nacional De Salud. Quito, Ecuador.
19. Organización Panamericana De La Salud OPS/OMS. Plan Regional De Atención A Las Personas Adultas Mayores. OPS/OMS. Washington 2010.
20. Brees M, Berkow R. (2000). The Merck Manual Of Geriatrics NJ Merck Research Laboratories.
21. Binstock, Robert H. Y Linda K. George. (2007). Handbook of Aging and the Social Sciences. N.Y. Academies.
22. Instituto Merck De Envejecimiento Y Salud: (mayo 2008). [Www.Miahonline.Org/Tools/Falls/](http://www.miahonline.org/tools/falls/), Tiene Un “Tool Kit” Muy Completo Para Evaluar Riesgo, Prevenir Y Manejar En La Atención Primaria Los Problemas De Caídas De Las Personas Adultas Mayores.
23. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier P, Leo-Summers L, Acampora D; Holford And Cooney LM. 2004. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium In Hospitalized Older Patients. NEJM.
24. Meyers B, Depression And Other Mood Disorders En Cobs EL, Duthie EH, Murphy JB, (2002). Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum In Geriatric Medicine. 5th Ed. Malden, MA: Blackwell Publishing For The American Geriatrics Society.
25. Defensoría del Adulto Mayor. (2006). Situación de Derechos Humanos de la Población Adulta Mayor en Guatemala. Recuperado el 23 de septiembre de 2010, de <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/GuatemalaDDHHadultosmayores2006.pdf>

26. Ministerio del Trabajo. (s.f.). Programa del Adulto Mayor, (2010). de <http://www.mintrabajo.gob.gt/org/funciones/prevision/adulto-mayor/programa-del-adulto-mayor>
27. Procuraduría de los Derechos Humanos. (2010, 28 de julio). Información Defensoría del Adulto Mayor. Recuperado el 23 de septiembre de 2010, de http://www.pdh.org.gt/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=18&Itemid=35
28. Procuraduría de los Derechos Humanos. (2008). Informe Anual Circunstanciado. Tomo II.
29. Carrasco García MR. Fragilidad (octubre 2009). Un síndrome geriátrico en evolución <<http://escuela.med.puc.cl/deptos/MedInterna/PDF/Fragilidad.pdf>>
30. Delgado Hernández W, Obando Hidalgo IM. (octubre 2009). Riesgos biopsicosociales en el adulto mayor <<http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/65/art3.htm>>.

13. ANEXOS

13.1 OFICIOS



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
CENTRO DE SALUD Nº 1 BOSQUE DE MONAY

Cuenca, 9 de julio de 2012.

A petición verbal de la parte interesada:

CERTIFICO

Que la Doctora Priscila Campoverde Salazar, estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja, ha desarrollado en nuestra institución el proyecto: "IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL BARRIO BOSQUE DE MONAY. CUENCA, DE ENERO A JUNIO DE 2012", en nuestra institución.

Cumpliendo lo establecido en el cronograma, desarrollándolo con gran entusiasmo y dedicación.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, para que la peticionaria haga uso del presente como creyere conveniente.

Atentamente,

Dr. Patricio Jimenez S.

DIRECTOR CENTRO SALUD Nº1 BOSQUE DE MONAY

Cuenca, 12 de diciembre de 2011.

Lcda. Marcela Cantos

REPRESENTANTE DE VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

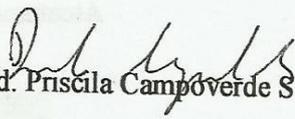
De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial y atento saludo, de la UTPL por mi intermedio, el motivo de la presente es para solicitarle de la manera más atenta y comedida nos brinde de Monay, apoyo para el proyecto se nos encontramos realizando en el Centro de Salud del barrio, denominado: **IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL BARRIO BOSQUE DE MONAY. CUENCA, DE ENERO A JUNIO DE 2012.** El presente proyecto ha sido aprobado por las autoridades de Centro de salud.

Seguros de contar con su apoyo, que será indispensable para la realización del proyecto, lo esperamos el lunes 4 de enero a las 15 horas en el Centro de Salud.

Con sentimientos de consideración y estima, me suscribo de usted.

Atentamente,


Md. Priscila Campoverde S.

AUTORA PROYECTO

RECIBIDO
Lcda. Cantos
17 DIC 2011

Lcda. María de Lourdes Estrella

REPRESENTANTE DE MIES EN CUENCA

De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial y atento saludo, de la UTPL por mi intermedio, el motivo de la presente es para solicitarle de la manera más atenta y comedida nos brinde de Monay, apoyo para el proyecto se nos encontramos realizando en el Centro de Salud del barrio, denominado: **IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL BARRIO BOSQUE DE MONAY. CUENCA, DE ENERO A JUNIO DE 2012.** El presente proyecto ha sido aprobado por las autoridades de Centro de salud.

Seguros de contar con su apoyo, que será indispensable para la realización del proyecto, lo esperamos el lunes 4 de enero a las 15 horas en el Centro de Salud.

Con sentimientos de consideración y estima, me suscribo de usted.

Atentamente,


Md. Priscila Campoverde-S.

AUTORA PROYECTO


RECIBIDO 13 DIC 2011

Cuenca, 12 de diciembre de 2011.

Sr. Juan Soria.

PRESIDENTE COMITÉ BARRIAL BOSQUE DE MONAY

De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial y atento saludo, de la UTPL por mi intermedio, el motivo de la presente es para solicitarle de la manera más atenta y comedida nos brinde apoyo para el proyecto se nos encontramos realizando en el Centro de Salud del barrio, denominado: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL BARRIO BOSQUE DE MONAY. CUENCA, DE ENERO A JUNIO DE 2012. El presente proyecto ha sido aprobado por las autoridades de Centro de salud.

Seguros de contar con su apoyo, que será indispensable para la realización del proyecto, lo esperamos el lunes 4 de enero a las 15 horas en el Centro de Salud.

Con sentimientos de consideración y estima, me suscribo de usted.

Atentamente,


RECIBIDO 3 DIC 2011 Md. Priscila Campo Verde S.

AUTORA PROYECTO

Cuenca, 10 de noviembre de 2011.

Dr. Patricio Jimenez

DIRECTOR DE CENTRO DE SALUD N°1

De mi consideración.

Reciba un cordial y atento saludo, el motivo de la presente es para solicitarle de la manera más atenta y comedida analice la propuesta adjunta de: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL BARRIO BOSQUE DE MONAY. CUENCA, proyecto planeado para su institución, ya que, como es de su conocimiento he cursado la Maestría de Gerencia en Salud y Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, y me encuentro realizando el proyecto de tesis, mismo que deseo realizar en su prestigiosa institución.

En espera de resultado favorable, le anticipo mis agradecimientos, me suscribo de usted expresándole mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Md. Priscila Campoverde S.

MAESTRANTE UTPL.



2.

INVITACIONES Y TRÍPTICOS

Atención Integral de Adulto Mayor.

El sedentarismo se presenta en la mayoría de los adultos mayores, ya que algunas veces se les dificulta el movimiento.

Esto afecta comúnmente la funcionalidad de los músculos, el mantenimiento de los huesos y el estado de ánimo.

La alimentación y nutrición es importante en esta etapa de la vida, ya que, permitirá preservar y mantener la salud.



Centro de Salud Monay N° 1

Cdla. Tomebamba
Av. 24 de Mayo

072862745

Cualquier información adicional comunicarse con:
Priscila Campoverde 084858532



Hewlett-Packard

Escriba la consigna aquí.

Atención Integral Adulto Mayor: Alimentación



Tel.: 084858532

c

Adulto Mayor

ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Manualidades
- Bailoterapia
- Juegos de mesa

Con auspicio de MIES y Vicepresidencia de la República.

Centro de Salud Cdla Tomebamba

telf.: 072862745

El centro de Salud piensa en

te invitamos a acudir al centro de salud para que veas las cosas nuevas que se están preparando pensando en tu bienestar diario.



A partir de este mes habrán cambios y grandes beneficios. **INFÓRMATE.**


CENTRO DE SALUD N° 1

3. FOTOS





Autora de proyecto en charla de flujo grama.

FOTOS



Delegado de MSP en charla de esquemas para adulto mayor



Apoyo del comité barrial de la Ciudadela Tomebamba

FOTOS



Capacitaciones personalizadas e individualizadas.



En la estación enfermería con la licenciada continuando la capacitación.

FOTOS



Curso de Manualidades con participación de mujeres



Al finalizar el trabajo

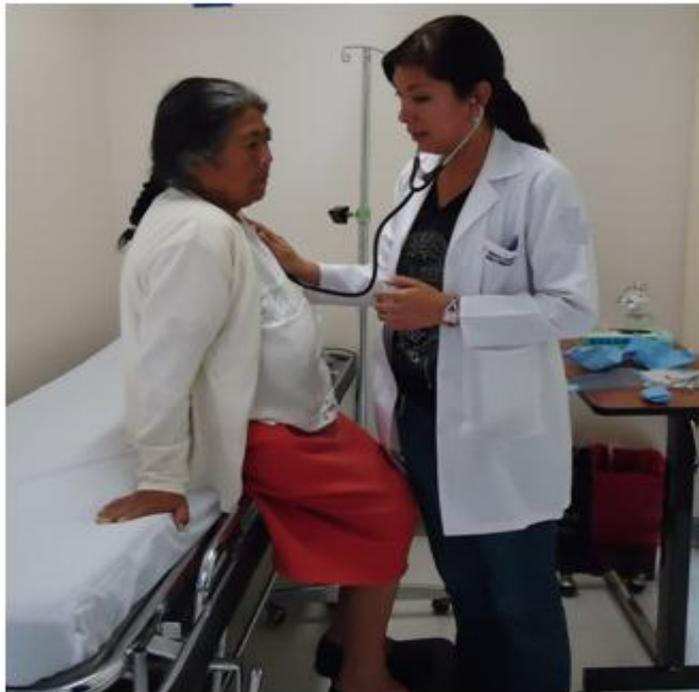
FOTOS





Juegos de Mesa

FOTOS



Atención médica individualizada para el adulto mayor.



Atención calidad y calidez.

4.

PLANES DE CAPACITACIÓN

PLANIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL EQUIPO DE SALUD DE CENTRO DE SALUD N° 1 BOSQUE MONAY

INTRODUCCIÓN

Mediante esta planificación se intenta mejorar las condiciones de salud del adulto mayor que reside en el perímetro de este centro de salud.

Lo primero es actualizar al personal con respecto a las normas del ministerio que ya existen, como es el caso del flujo gramas, los que usamos en el inicio con las enfermedades más prevalentes en el adulto mayor.

JUSTIFICACIÓN

El uso de los flujo gramas del Ministerio de Salud, no eran conocidos por el personal, además se dio a conocer que con su uso se facilitaba la atención al adulto mayor, recordando que este tipo de pacientes necesitan información concisa de su patología facilitando así el diagnóstico oportuno y el tratamiento.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Proporcionar elementos conceptuales y metodológicos que ayuden a mejorar la relación médico paciente.

ESPECÍFICOS

- Estimular al equipo de salud del Centro de Salud N° 1 para utilizar los esquemas elaborados por el Ministerio de Salud.
- Valorar la importancia del uso de los esquemas y difundirlos.

RESPONSABLE

Lcda. María de Lourdes Estrella.

Md. Priscila Campoverde S.

Lcda. Marcela Cantos.

GRUPO

Equipo salud de Centro de Salud N°1

LUGAR

Casa Comunal de la Ciudadela Tomebamba.

FECHA DE PROGRAMACIÓN

16 al 20 de enero de 2012.

JORNADA DE TRABAJO

8 HORAS DIARIAS.

FACILITADORES

Dra. María Alicia Carrillo (representante invitada de MSP).

Dr. Juan E. León (representante de MIES).

Md. Priscila Campoverde, Maestrante UTPL.

RECURSOS

TALENTOS HUMANOS

- 2 Capacitadores

- 1 Coordinador
- Equipo de Salud

RECURSOS MATERIALES

- Computadora
- Infocus

RECURSOS DIDÁCTICOS

- Flujo grama de Diabetes
- Flujo grama de Hipertensión Arterial
- Flujo grama de Enfermedad Cerebrovascular
- Flujo grama de Insuficiencia Cardíaca
- Pizarra Líquida
- Tiza Líquida

METODOLOGÍA

- Conferencia
- Charlas

RECURSOS ECONÓMICOS

- Aportados por la maestrante de UTPL.

EVALUACIONES

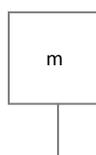
- Se evaluó la capacitación de la siguiente manera:
 1. PROCESO

Se evaluará mediante la asistencia, el interés que demuestren los participantes, material de trabajo, metodología del trabajo.

2. PRODUCTO

Se realizó la evaluación en el momento de la consulta con los pacientes adultos mayores viendo la aplicación del flujo grama en las diversas patologías mencionadas.

3. RESULTADOS



Conjugaremos opiniones de los organizadores, los pacientes y los capacitados al final del proceso.

n

**CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL EQUIPO DE SALUD DE
CENTRO DE SALUD N°1 DE CUENCA**

Fecha: 16 de enero de 2012.

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	METODOLOGÍA	EVALUACIÓN
Evaluación de la situación actual de la relación médico-paciente.	08:00 – 09:30	Dra. María Alicia Carrillo	Conferencia con Infocus y computadora.	Todo el personal invitado acudió.
Diabetes impacto social en el mundo de hoy.	09:30-10:00	Md. Priscila Campoverde	Conferencia con Infocus y computadora.	
RECESO 10:00-10:30				
Farmacología actualizada de diabetes y asociación con otras enfermedades crónicas.	10:30-11:30	Dr. Juan E. León	Conferencia con Infocus y computadora.	
Régimen de Dieta para el consumo de diabéticos.	11:30-12:30	Dr. Juan E. León.	Conferencia con Infocus y computadora.	
ALMUERZO 12:30-13:00				
Uso de Flujo grama de Diabetes	13:00-16:00	Dra. María Alicia Carrillo	Charla práctica con simulaciones en grupos.	

**CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL EQUIPO DE SALUD DE
CENTRO DE SALUD N°1 DE CUENCA**

Fecha: 17 de enero de 2012.

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	METODOLOGÍA	EVALUACIÓN
Hipertensión Arterial generalidades y actualidades.	08:00 – 09:30	Md. Priscila Campoverde	Conferencia con Infocus y computadora.	Todo el personal invitado acudió.
HTA prevención y manejo en el adulto mayor.	09:30-10:00	Dr. Juan E. León	Conferencia con Infocus y computadora.	
RECESO 10:00-10:30				
Farmacología de HTA en adulto mayor.	10:30-11:30	Md. Priscila Campoverde	Conferencia con Infocus y computadora.	
Alimentación del adulto mayor hipertenso.	11:30-12:30	Dr. Juan E. León.	Conferencia con Infocus y computadora.	
ALMUERZO 12:30-13:00				
Uso de Flujo grama de Hipertensión Arterial	13:00-16:00	Dra. María Alicia Carrillo	Charla práctica con simulaciones en grupos.	

**CRONOGRAMA DE CHARLAS INFORMATIVAS DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES, FAMILIARES
Y/O CUIDADORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 BOSQUE DE MONAY**

Fecha: 9 de abril de 2012.

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	METODOLOGÍA	EVALUACIÓN
El adulto mayor: la tercera etapa de la vida.	08:00-09:00	Md. Priscila Campoverde	Infocus Computadora Videos	Los adultos mayores, familiares y cuidadores adquieren conocimientos sobre cuidados y actividades hacia los adultos mayores.
El papel del cuidador y el familiar en la vida del adulto mayor.	09:00-10:00	Lcda. María de Lourdes Estrella	Infocus Computadora Videos	
Acciones preventivas, asistenciales y educativas para el adulto mayor.	10:00-11:00	Md. Priscila Campoverde	Infocus Computadora Videos	
El Cuidador y la Unidad Médica	11:00-12:00	Dr. Juan E. León	Infocus Computadora Videos	

**CRONOGRAMA DE CHARLAS INFORMATIVAS DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES, FAMILIARES
Y/O CUIDADORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 BOSQUE DE MONAY**

Fecha: 10 de abril de 2012.

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	METODOLOGÍA	EVALUACIÓN
Diabetes: generalidades.	08:00-09:00	Md. Priscila Campoverde	Infocus Computadora Videos	Los adultos mayores, familiares y cuidadores adquieren conocimientos sobre cuidados y actividades hacia los adultos mayores.
Manejo del adulto mayor diabético.	09:00-10:00	Dr. Juan E. León	Infocus Computadora Videos	
Medicación y automedicación.	10:00-11:00	Md. Priscila Campoverde	Infocus Computadora Videos	
Signos de alarma para el diabético.	11:00-12:00	Md. Priscila Campoverde	Infocus Computadora Videos	

5.

EVALUACIONES

Flujograma

Enfermedades cerebro vasculares Motivo de consulta

Prevención IEC

La enfermedad Cerebro-vascular es una urgencia médica que debe condicionar una actuación precoz y rápida, incluso cuando los síntomas sean transitorios. Se recomienda que todo paciente con algún «síntoma de alarma» que haga sospechar una ECV, acuda con urgencia a un centro hospitalario adecuadamente dotado del personal entrenado en el manejo de la patología vascular cerebral y de los medios materiales necesarios para completar satisfactoriamente el proceso diagnóstico y terapéutico. Los objetivos de una evaluación urgente son confirmar el diagnóstico de ictus, excluyendo otras lesiones, establecer la etiología más probable, avanzar un pronóstico y comenzar con el tratamiento más adecuado

Cita programada para realizar las otras valoraciones.

Recuperación

- Valoración clínica y de laboratorio. Identificarla aparición brusca de :
- Debilidad o torpeza de un lado del cuerpo
- Dificultad en la visión para uno o ambos ojos
- Severa cefalea no usual en el paciente
- Vértigo o inestabilidad
- Disartria y alteraciones del lenguaje
- Alteraciones de la sensibilidad

Tratamiento

Los pacientes que presentan un cuadro clínico compatible con Enfermedad Cerebro Vascular deben ser atendidos, en forma urgente, en una unidad de salud que se cuente con la posibilidad de acceder a una evaluación por neurólogo y a un estudio de imágenes (Tomografía computarizada de cerebro sin contraste), que permita confirmar el diagnóstico, precisar la localización del daño, el pronóstico y establecer un plan de tratamiento

Todo paciente con sospecha de este diagnóstico transferir al nivel superior

Plan de intervención integral

Control y seguimiento

Instrumento de recolección de datos

Provincia: _____ Área de Salud: _____
 Unidad Operativa: _____ Fecha de la medición: _____
 Trimestre evaluado: _____ Responsable de la medición: _____

Lista de chequeo

¿Cuenta con la Norma y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor?: Cumple
 (Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple).

Sala de emergencia	
Sala de hospitalización (de adultos/as) mayores	
Consultorio 1	
Consultorio 2	
Consultorio 3	
Consultorio 4	
Consultorio 5	
¿Cumple el estándar?	/
% de salas de emergencia, hospitalización y consultorios de adultos/as mayores con Norma y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor	%

Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Índice de Katz modificado

Actividades	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia micción defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

I = INDEPENDIENTE; A = AYUDA; D = DEPENDIENTE

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0

Puntuación _____ Fecha _____

Puntuación _____ Fecha _____

Puntuación _____ Fecha _____

Puntuación _____ Fecha _____

El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.

El índice de Katz tiene la ventaja, que facilita preveer el orden en la pérdida de funciones e intensificar la intervención sobre ellas.

6. CONTENIDO TALLERES

CONTENIDO DE TALLERES

“El Placer de la Sexualidad a Toda Edad”

La identidad, el deseo y el comportamiento son componentes esenciales de nuestra sexualidad y están presentes durante toda nuestra existencia, adquiriendo diferentes matices de acuerdo a la etapa de la vida, creencias, valores, el contexto sociocultural y la integración emocional de las experiencias vividas. Contra todo mito o prejuicio que pueda existir al respecto, se debe afirmar que el *“placer sexual es una experiencia deseable y válida para los adultos mayores, porque genera gran bienestar”*. La disminución en la frecuencia de los contactos sexuales, manteniendo el mismo deseo y una mejora en la calidad de la relación de pareja, suelen ser la tónica de la sexualidad en la llamada “tercera edad”.

El presente artículo, es el resultado de la revisión bibliográfica de la escasa información seria que existe respecto de este tema; y pretende entregar algunos “tips” que ayudarán a comprender y enfrentar de mejor manera la sexualidad en la adultez mayor.

En sociedades como la nuestra, tradicionalmente se ha relacionado la sexualidad únicamente con la función reproductiva, relegando a un segundo plano las funciones de comunicación y placer; de allí que se niegue el disfrute de la sexualidad en las personas de edad avanzada. Sin embargo, *“las pautas de interacción sexual en el adulto mayor no difieren de las practicadas en etapas anteriores de la vida. El coito vaginal, el sexo oral y la masturbación recíproca son formas de ejecutar el acto sexual, que disfrutan tanto jóvenes como ancianos...”*

En la tercera edad, tanto hombres como mujeres nos vemos enfrentados a cambios fisiológicos que sin duda pueden modificar nuestra respuesta sexual, requiriéndose entonces de una capacidad de adaptación a estos cambios que propicie una sexualidad gratificante, pero que por ningún motivo debe significar el fin de la vida sexual. En el caso del hombre, se requiere de mayor estimulación para lograr la erección, la que es más lenta y menos firme, pero dura más tiempo, prolongándose además el período refractario (tiempo requerido para poder iniciar un nuevo acto sexual). En la mujer, el período de lubricación vaginal también se retarda; y al igual que el caso del hombre, la necesidad de estimulación para alcanzar el orgasmo es mayor.

No obstante, ninguno de los cambios descritos más arriba constituye una disfunción sexual. Lamentablemente, en esta área de la conducta humana muchas veces predomina lo anecdótico por sobre el conocimiento científico. Es precisamente el desconocimiento de estos cambios, lo que limita muchas veces la expresión y libertad de acción en el ámbito de la sexualidad del adulto mayor. *Así, erróneamente, no son pocos los profesionales de la salud que consideran al adulto mayor como un ser asexualado.*

A los cambios derivados del fenómeno del envejecimiento suelen sumarse las enfermedades crónicas, que pueden originar algún grado de discapacidad; al igual que el consumo de algunos fármacos, puede modificar el comportamiento sexual a esta edad. De allí la importancia de consultar siempre con su médico respecto de los efectos secundarios que puede conllevar el consumo de medicamentos.

Siempre será recomendable mantener hábitos de vida saludables: incorporar frutas y vegetales siempre en la dieta, el alcohol y el tabaco son malos aliados, practicar algún tipo de ejercicio aeróbico siempre será bueno (caminata, bicicleta, nadar, etc.), previa consulta con su médico.

Mantener una buena comunicación con nuestra pareja es clave para mantener una vida sexual satisfactoria y placentera. El sexo a esta edad requiere de creatividad, demostraciones de afecto, muchas caricias, franqueza y generosidad. Muchas veces es mejor controlar nuestra ansiedad e iniciar un encuentro amoroso con una cena o un desayuno romántico. *Hay que dejar de lado las expectativas y recordar que no todo encuentro amoroso necesariamente debe terminar en un coito, y no todo coito debe terminar con un orgasmo.*

A modo de resumen, los cambios fisiológicos a los que asistimos en la adultez mayor, no anulan el deseo sexual. Es el cerebro nuestro principal órgano sexual y fuente de motivación. Frecuentemente, la falta de motivación por la actividad sexual tiene su origen en factores psicológicos y culturales. Tanto hombres como mujeres pueden mantener una sexualidad activa en edad avanzada, que mejora en la medida que nos damos permiso para disfrutar, derribando los mitos y prejuicios que podamos tener al respecto.

“Impotencia Sexual y Tratamientos”

La impotencia sexual se define como la incapacidad reiterada o continua (durante un periodo de al menos tres meses) para lograr y mantener una erección suficiente que permita completar una relación sexual satisfactoria.

Se ha denominado tradicionalmente como impotencia sexual a la incapacidad de realizar el acto sexual por no alcanzar o mantener la suficiente erección del pene para introducirlo o mantenerlo introducido en la vagina de la mujer durante el tiempo normal del coito.

Por lo que la impotencia sexual consiste en la incapacidad de conseguir o mantener la erección más del 20 por ciento del tiempo. La impotencia sexual afecta a millones de hombres.

Aunque se solía creer que la impotencia sexual se debía a problemas psicológicos, en la actualidad se sabe que del 80 al 90 por ciento de los casos de impotencia sexual son causados por problemas físicos, por lo general relacionados con el suministro de sangre al pene.

Ha habido muchos adelantos tanto en el diagnostico de la impotencia sexual, como en el tratamiento de la impotencia sexual.

La impotencia sexual no es algo nuevo en los textos médicos o en la experiencia humana. Sin embargo, no ha sido tratada fácil o abiertamente. Nuestras expectativas culturales de la sexualidad masculina han obligado a muchos hombres a que se abstengan de buscar ayuda

para un trastorno que puede, en la mayoría de los casos, beneficiarse con un buen tratamiento médico.

Quizás un primer buen paso es pensar en el problema como "disfunción eréctil" en vez de impotencia sexual, un término que viene del latín que significa la pérdida del poder; sin duda este suceso físico, generalmente temporal y normal, no debe ser descripto exclusivamente con una palabra que falsamente indica una amplia disminución en las capacidades generales de un hombre.

En el estado flácido o no erecto del pene normal, las arterias pequeñas que conducen al pene se contraen, reduciendo la entrada de sangre. Los músculos lisos de los muchos vasos sanguíneos diminutos dentro del pene son también contraídos y la sangre que contienen se fuga fuera del alrededor del tejido esponjoso. Cuando un hombre se despierta, el sistema nervioso central estimula los nervios para relajar los músculos lisos, dejando a la sangre fluir en los tejidos peneales. Las cámaras esponjosas casi se duplican en diámetro debido al aumento del flujo sanguíneo y los vasos, ahora estrujados casi completamente cerrados por el alrededor del tejido eréctil, no tienen ninguna fuga de sangre.

El disturbio o daño a uno o varios de los tres mecanismos responsables de la erección pueden producir la impotencia sexual: el bloqueo de las arterias; una incapacidad de los vasos sanguíneos dentro del pene para almacenar la sangre; o daño a los nervios del pene o al área pelviana. Otras disfunciones fisiológicas, como niveles deficientes de la hormona masculina, testosterona, también pueden ser responsables de la impotencia sexual.

La mayoría de los médicos sugieren que los tratamientos de la impotencia deben seguir un trayecto que va de las medidas menos invasoras a las más invasoras. Esto significa que lo que se considera en primer término es la interrupción de cualquier medicamento que pueda ser nocivo.

Por ejemplo, los medicamentos para la presión arterial alta funcionan de diferentes maneras. Si usted piensa que un medicamento en particular le está causando problemas con la erección, avísele a su doctor y consulte si puede probar una clase diferente de medicamento para la presión arterial.

En seguida vienen la psicoterapia y las modificaciones del comportamiento, seguidas de la utilización de dispositivos de vacío, medicamentos por vía oral, medicamentos de inyección local y dispositivos que se implantan quirúrgicamente (y, en casos raros, intervenciones quirúrgicas de las venas y las arterias).

TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA

A menudo los expertos tratan la impotencia sexual con base psicológica usando técnicas que disminuyen la ansiedad asociada con la relación sexual. La pareja del paciente puede ayudar con las técnicas, que incluyen el desarrollo gradual de la intimidad y la estimulación. Tales técnicas también pueden ayudar a aliviar la ansiedad cuando se trata la impotencia sexual por causas físicas.

TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS

Los medicamentos para tratar la impotencia sexual pueden tomarse por boca, pueden inyectarse directamente en el pene, o insertarse en la uretra por la punta del pene. En marzo de 1998, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó Viagra, la primera píldora para tratar la impotencia sexual.

Tomada una hora antes de la actividad sexual, Viagra funciona aumentando los efectos del óxido nítrico, un agente químico que relaja los músculos lisos del pene durante la estimulación sexual y permite un aumento del flujo sanguíneo.

A pesar de que Viagra mejora la respuesta a la estimulación sexual, no desencadena una erección automática como lo hacen las inyecciones. La dosis recomendada es de 50 mg, el médico puede ajustar esta dosis a 100 mg o 25 mg, dependiendo del paciente. El medicamento no debe usarse más de una vez al día.

Los hombres que tomen medicamentos a base de nitratos tales como la nitroglicerina para problemas del corazón no deben usar Viagra ya que la combinación puede causar una caída súbita de la presión arterial.

Existen otros medicamentos orales: Levitra (Bayer) y Cialis (Lilly) por su seguridad y eficacia. Ambos medicamentos funcionan como el Viagra ha aumentado el flujo sanguíneo hacia el pene.

Un tercer medicamento a prueba, La testosterona oral puede reducir la impotencia sexual en algunos hombres con niveles bajos de testosterona natural, pero a menudo no es eficaz y puede causar daño en el hígado.

Los pacientes también han reclamado que otros medicamentos orales—que incluyen el clorhidrato de yohimbina, los agonistas de la dopamina y la serotonina, y trazodona—son eficaces, pero los resultados de estudios científicos que substancien estos reclamos han sido inconsistentes. Las mejorías observadas después del uso de estos medicamentos pueden ser ejemplos del efecto placebo, esto es, un cambio que resulta simplemente porque el paciente crea que va a ocurrir una mejoría.

Muchos hombres logran tener erecciones más fuertes inyectándose medicamentos en el pene, haciendo que se hinche con sangre. Medicamentos como el clorhidrato de papaverina, fentolamina y alprostadil (comercializado como Caverject) ensanchan los vasos sanguíneos. Sin embargo, estos medicamentos pueden crear efectos secundarios no deseados, que incluyen una erección persistente (conocida como priapismo) y cicatrices. La nitroglicerina, un relajante muscular, a veces puede aumentar una erección cuando se la frota sobre el pene.

Un sistema para insertar un gránulo de alprostadil en la uretra se comercializa como Muse. El sistema usa un aplicador prellenado para depositar el gránulo alrededor de una pulgada dentro

de la uretra. Comenzará una erección en 8 a 10 minutos y puede durar de 30 a 60 minutos. Los efectos secundarios más comunes son dolor en el pene, testículos y área entre el pene y el recto; sensación de calor o ardor en la uretra; enrojecimiento debido al aumento del flujo sanguíneo hacia el pene; y leve sangrado o manchas uretrales.

“Menopausia y Vida Sexual”

La transición entre el estado reproductor y el no reproductor de la mujer como consecuencia de la finalización de la función ovárica es conocida como climaterio, periodo en el que se diferencian tres estadios: premenopausia, menopausia y postmenopausia. Por tanto, en sentido estricto, la menopausia es la etapa en que cesan definitivamente las hemorragias cíclicas tras culminarse la modificación en la producción de los óvulos de hormonas femeninas (estrógenos y progesteronas). Esto significa que finaliza la capacidad reproductiva, pero no cesa la actividad sexual, ni en el ámbito del deseo ni en el de capacidad de gozo.

El cambio, sin duda cualitativo, se manifiesta de forma neurovegetativa con la aparición de sofocos, sudores, palpitaciones, vértigos, mareos y cefaleas o dolores de cabeza. También origina modificaciones somáticas por la disminución de colágeno, con lo que la piel pierde textura y elasticidad. Puede comenzar un proceso de osteoporosis, la distribución de la grasa es distinta y se muestra mayor tendencia tanto a la hipertensión como a la diabetes y a niveles altos de colesterol. Además, produce trastornos del sueño, atrofia genital y sequedad vaginal. Son síntomas comunes a la mayor parte de las mujeres que viven el climaterio, pero además, y dependiendo de cada una, la menopausia puede causar alteraciones psíquicas e incluso problemas de índole social. Que estos síntomas y problemas relacionados con el climaterio sean más o menos intensos y traumáticos depende en buena medida de la percepción que cada mujer tiene de sí misma y de su propia vida.

Los momentos de llanto fácil, de mayor susceptibilidad, de irritabilidad, de dificultad de concentración y de memoria, de ansiedad, de aumento de la sensación de fatiga, y de aumento o disminución del deseo sexual, son consecuencia de la nueva etapa que se emprende. De lo que se trata es de intentar convertirla en un periodo gratificante, positivo y completo. Porque se puede conseguir. En este sentido, vivir con satisfacción la sexualidad es importante porque dejar de ser reproductora no implica dejar de sentir deseo sexual y placer, ni incapacita a la mujer para ofrecerlo.