



Red Latinoamericana de
GERONTOLOGÍA

**CONCURSO DE EXPERIENCIAS GERONTOLÓGICAS
“UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES”**

Sexta Edición

Año 2014

NOMINACIÓN

CATEGORÍA ORGANIZACIONES

**FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES PARA EL CUIDADO EN ENTIDADES DE ADULTO
MAYOR, DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

Fundación PEYDI*

COLOMBIA

Autora

María Eugenia Mejía Lopera**

Eje temático:

Promoción del bienestar en la vejez, formación y capacitación de cuidadores; y, organización de servicios de apoyo a personas adultas mayores y a sus familias.

* Fundación PEYDI –Planeación Estratégica y Desarrollo Institucional es una organización sin ánimo de lucro que trabaja para Contribuir al desarrollo social acompañando a las iniciativas y organizaciones de la sociedad civil, para lograr la consolidación de sus propuestas, la sostenibilidad en el tiempo y su aporte a las transformaciones sociales. Centra su enfoque en el desarrollo de capacidades a nivel personal, grupal e institucional y la integración del factor técnico y lo humano en los procesos de planeación organizacional.

**María Eugenia Mejía Lopera es enfermera y docente de enfermería de la Universidad de Antioquia. Desde el año 2012 es facilitadora en procesos formativos para el cuidado de los adultos mayores en Fundación PEYDI. Correo-e: mariaenfer@gmail.com

Resumen

Los cambios demográficos de las últimas décadas señalan un crecimiento de la población Adulta Mayor a nivel mundial y en especial en Colombia. Esta población se encuentra en condiciones vulnerables de seguridad social y salud y sus necesidades de cuidado seguirán creciendo. Frente a este panorama aparecen dos tipos de cuidado, uno ofrecido en los hogares o familias de los Adultos Mayores y otro en instituciones especializadas. En Colombia, la política pública nacional de envejecimiento y vejez, concibe el fortalecimiento de los cuidadores como un componente fundamental. La fundación PEYDI, a partir de su experiencia con entidades de Adulto Mayor ha formulado un programa para fortalecer el cuidado del Adulto Mayor, centrándose en la formación del cuidador y el fortalecimiento de las capacidades institucionales de Centros de Protección del Adulto Mayor – CPSAM.

Palabras Clave: Cuidado, Adulto Mayor, Cuidador, Formación, Fortalecimiento, Capacidades

1. Introducción

La población adulta mayor ocupa un lugar cada vez más importante en la base de la pirámide poblacional y constituye un grupo vulnerable y de interés prioritario para la atención integral en salud y demás programas sociales; estos deben implementar lineamientos para promocionar el envejecimiento saludable, especialmente en países en los que la población envejece aceleradamente. En el informe Envejecimiento en el Siglo XXI, publicado por el Fondo de Población de Naciones Unidas se afirma que: “El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. Tiene repercusiones importantes y de vastos alcances en todos los aspectos de la sociedad. A escala mundial, cada segundo dos personas cumplen 60 años, es decir, el total anual es de casi 58 millones de personas que llegan a los 60 años. Dado que actualmente una de cada nueve personas tiene 60 o más años de edad, y las proyecciones indican que la proporción será una de cada cinco personas hacia 2050, el envejecimiento de la población es un fenómeno que ya no puede ser ignorado” (UNFPA, 2012, p.3),

Arango, V. & Ruiz. I. (2007) indican que para el año 2050, en Colombia se calcula una población cercana a los 72.000.000 de habitantes, de los cuales alrededor de 14.400.000 serán Adultos Mayores. A la par con la transformación demográfica, el perfil epidemiológico de los adultos en Colombia está cambiando, siendo las enfermedades crónicas las de mayor prevalencia. Para afrontar positivamente estos cambios, el Adulto Mayor debe ser tenido como un ciudadano, sujeto de derechos, que requiere de cuidados especiales por parte de la sociedad. Hoy en día, este cuidado en algunos casos es realizado por cuidadores familiares y a veces informales en el domicilio, quienes carecen de apoyos legales, laborales, sociales y académicos para cumplir sus funciones, a partir de conocimientos sólidos. En otros casos, el cuidado lo reciben en instituciones dedicadas a ello, en donde se cuenta con cuidadores institucionales que tienen variados grados de capacitación para ejercer sus funciones, que van desde del aprendizaje empírico hasta la formación universitaria.

2. Fundamentación

El programa de Fortalecimiento de las capacidades para el cuidado del Adulto Mayor inició en el año 2005, con un grupo de 20 instituciones de Antioquia y 15 de Cundinamarca. El proceso se centró en la dimensión organizacional de las instituciones, trabajando en aspectos como misión, visión, valores, estrategias, planes e indicadores. A partir de estos encuentros se identificó la prioridad de fortalecer los conocimientos y prácticas del cuidado, pues la mayoría de las instituciones participantes no contaban con personal calificado y el número de cuidadores era insuficiente frente al número de Adultos mayores que debían cuidar. Debido a los altos costos y a dificultades logísticas para capacitar a los cuidadores, era muy difícil que las instituciones realizaran procesos de cualificación por su cuenta. Para responder a esta situación, la Fundación PEYDI realizó en el año 2006 un proceso formativo de 32 horas, dirigido a cuidadores de 15 instituciones, en el que se fortalecieron temas básicos para el cuidado de los adultos mayores. Como continuidad de este proceso formativo, se desarrollaron 21 cartillas con temas básicos del cuidado entre 2007 y 2008, para que las instituciones tuvieran un recurso de fácil consulta y replicación, que favoreciera el aprendizaje y permitiera mejorar el cuidado.

Entre los años 2011 y 2012, se dio el segundo momento en la construcción del programa de fortalecimiento para el cuidado. En este período se realizó un diagnóstico en un grupo de 21 entidades de Adulto Mayor de Antioquia, con el fin de identificar el nivel de desarrollo de sus capacidades para el cuidado de las personas mayores. A partir de este momento se definieron cinco dimensiones de trabajo: 1) Planeación y evaluación organizacional; 2) Cuidado integral del Adulto Mayor; 3) Utilización productiva del tiempo; 4) Participación familiar y 5) Seguridad y mitigación de riesgos. Los principales hallazgos fueron:

1) Planeación y evaluación organizacional. Se encontró principalmente que las directivas de las organizaciones cumplían tanto tareas directivo-administrativas como operativas y los procesos con mayor debilidad eran: planeación, evaluación, contabilidad, contratación laboral y desarrollo del equipo humano.

2) Cuidado integral del Adulto Mayor. En todos los hogares estudiados se encontró un número de cuidadores insuficiente con relación al número de usuarios, especialmente en los turnos de la noche; esta desproporción lleva a la estandarización de las actividades de cuidado perdiendo de vista la individualidad de cada Adulto Mayor. El 45% de este personal no había recibido educación formal para ejercer sus funciones; el porcentaje restante tenía alguna preparación certificada para el cuidado del Adulto Mayor y sólo el 8% eran profesionales en enfermería. También se identificó que existe un desconocimiento generalizado de los procesos propios del envejecimiento y que los funcionarios administrativos de las instituciones, desconocen las dimensiones del cuidado y las necesidades físicas, psíquicas, emocionales, sociales y ocupacionales relacionadas con este. Finalmente, en la etapa de diagnóstico fue claro que los cuidadores tienen un interés genuino por mantener el bienestar de los

Adultos Mayores, aún sacrificando sus propias necesidades, a causa de jornadas laborales extensas y sin reconocimiento por trabajo en horas extras, nocturnas, dominicales y festivas.

3) Utilización productiva del tiempo. Los hallazgos en este sentido mostraron que los Adultos mayores pasan inactivos gran parte de su tiempo y que la mayoría de las entidades cuentan con espacios o instalaciones apropiadas para realizar actividades que permitan ocupar el tiempo libre de los adultos.

4) Participación familiar. Se diagnosticó que las instituciones tienen debilidades para establecer y mantener relaciones vinculantes con las familias y la comunidad del entorno en el cual se encuentran ubicados y que los Adultos Mayores tienen el deseo de mayor acompañamiento por parte de su familia.

5) Seguridad y mitigación de riesgos. Se encontró que el 11% de las entidades habían hecho procesos formales y estables relacionados con la salud ocupacional de sus empleados, en especial de sus cuidadores; también se halló que no contaban con una cultura para la gestión del riesgo, que junto a la carencia de recursos para atender una emergencia, hacen más vulnerable a toda la población de la institución.

A partir de la situación en que se encontraban las 21 entidades, se les hicieron las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer las capacidades estratégicas y operativas, según las prioridades y los recursos institucionales.
- Actualizar al personal responsable del cuidado de los adultos mayores en el proceso de envejecimiento, cuidados de enfermería y manejo de instrumentos médicos de atención.
- Implementar como parte del cuidado, planes de acción orientados a optimizar la utilización del tiempo de los adultos mayores y contribuir al mejoramiento de su estado de ánimo.
- Realizar programa formativo e informativo para fortalecer la seguridad laboral y la gestión del riesgo.
- Implementar acciones para una vinculación efectiva de las familias, en las actividades institucionales y con el adulto mayor.

Con base en los resultados anteriores y en las acciones recomendadas, se diseñó un programa de fortalecimiento en cuatro líneas: a) Fortalecimiento organizacional, b) Formación para el cuidado incluyendo la utilización productiva del tiempo, c) Integración de las familias al cuidado y d) Seguridad y mitigación de riesgos.

El diseño del proceso se alineó con el marco regulatorio que tiene el país para esta población, específicamente con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez del 2007 y la Política Pública Municipal de Envejecimiento y Vejez de Medellín aprobada en julio de 2012. Con relación a la política

Nacional, el programa contribuye a desarrollar los siguientes objetivos específicos: 1) Garantizar condiciones de protección social integral para la población adulta mayor. 2) Promover un envejecimiento activo que garantice condiciones de autonomía, integración, seguridad y participación efectiva de la población en todo su ciclo de vida. 3) Movilizar, coordinar y articular las acciones intersectoriales en torno a la Protección Social Integral de las personas mayores y a la garantía de una vida digna.

Por otra parte, se armoniza con los ejes y líneas de acción:

Eje	Línea estratégica	Líneas de acción
Protección social integral	Promoción y asistencia social	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario de las personas mayores. Fortalecimiento de la red de instituciones y servicios destinados a la atención de la población adulta mayor.
Envejecimiento Activo	Creación de una cultura del Envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Creación de una cultura del envejecimiento que promueva una imagen positiva y no discriminatoria de la vejez.
	Promoción de hábitos y estilos de vida saludables	<ul style="list-style-type: none"> Fomento de la corresponsabilidad de la persona mayor con el autocuidado de la salud.
Formación del recurso humano e investigación	Formación del talento humano	<ul style="list-style-type: none"> Formación de recurso humano técnico y auxiliar orientado al cuidado de población adulta mayor dependiente, con enfermedad mental o con algún tipo de discapacidad permanente. Desarrollo de estrategias de capacitación, soporte social y afectivo dirigidas a las familias y cuidadores de personas adultas mayores.

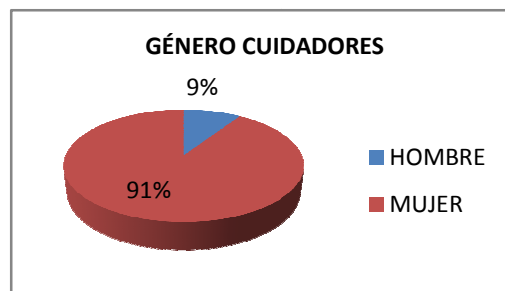
3. Descripción

El programa de fortalecimiento se aplicó en dos oportunidades en 2013, principalmente con personas y entidades de la ciudad de Medellín y municipios cercanos; también participaron 6 instituciones de municipios más retirados de la capital. A continuación se presenta la información consolidada de las dos aplicaciones.

3.1. Participantes

El programa se enfocó al cuidado familiar e institucional, con los siguientes participantes: 54 cuidadores institucionales y 11 informales y 35 directivos de 23 instituciones.

En el caso de los cuidadores familiares, la mayoría guardan un parentesco cercano con el Adulto Mayor; la mitad están casados y dedican la mayor parte del tiempo al cuidado del Adulto Mayor, a la par que mantienen responsabilidades en sus hogares. El 88% de estos cuidadores llevan más de 6 años como responsables del cuidado.



Los cuidadores institucionales pertenecen a ambos sexos y muchos de ellos, particularmente en la ciudad de Medellín tienen grados como auxiliares en gerontología o enfermería; la mayoría de los cuidadores en otros municipios son empíricos y comparten las tareas de cuidado con las institucionales, como lavandería y oficios varios entre otros.

De las instituciones, 32 de los 35 directivos participantes fueron mujeres; 17 eran los directores administrativos, 4 miembros de las juntas directivas y 6 gerontólogas; los 8 restantes ocupan cargos de procesos administrativos.

En la aplicación del 2013, el programa llegó de forma indirecta a un aproximado de 657 Adultos Mayores

3.2. Objetivos del programa

3.2.1. General

Desarrollar y fortalecer las capacidades para el cuidado del Adulto Mayor en su entorno familiar e institucional, mediante un programa formativo dirigido a cuidadores y directivos, para la transformación de las prácticas cotidianas, que procuren un envejecimiento activo e incluyente.

3.2.2. Específicos

Cuidadores: Fomentar en los cuidadores espacios de discusión interior y aprendizaje teórico y práctico, relacionados con el cuidado del Adulto Mayor desde una mirada integral: biológica, psicológica, social y espiritual.

Directivos: Propiciar en los directivos de las instituciones la construcción y puesta en marcha de un enfoque de gestión del cuidado, centrado en el fomento del envejecimiento activo.

Familia: a) Brindar herramientas a directivos y cuidadores para motivar el compromiso de la familia de los adultos mayores con su vida y su cuidado; b) Ayudar a la familia de los Adultos Mayores a visualizar la importancia del acompañamiento familiar en la calidad del envejecimiento.

3.3. Metodología y Actividades

La siguiente tabla muestra la relación de los cuatro procesos principales con cada una de las etapas del fortalecimiento.

PROCESO	FASE			
	Diagnóstico	Diseño	Desarrollo	Cierre
Coordinación entre actores	Convocatoria, sensibilización y elaboración de diagnóstico	Concertación de los temas prioritarios con las instituciones y los cuidadores	Comunicación permanente con instituciones, cuidadores y financiadores.	Devolución de los resultados a los involucrados
Formación			Talleres formativos para cuidadores, administrativos y familiares.	Certificación de la participación en el proceso
Fortalecimiento del equipo del programa	Reuniones formativas para el equipo de trabajo, para fomentar buenas relaciones interpersonales, trabajo en equipo, unificar criterios frente al proceso y fortalecer aspectos metodológicos y conceptuales.			
Monitoreo/Evaluación		Diseño de indicadores del programa	Aplicación de indicadores en visitas domiciliarias a cuidadores informales y visitas seguimiento y evaluación a cuidadores y administrativos institucionales	

3.3.1. Línea fortalecimiento organizacional

Esta línea se trabaja con los directivos y administrativos de las instituciones que prestan servicios a los Adultos Mayores.

- Taller 1: **desarrollo de enfoque**. Permite trabajar la conceptualización e imaginario que las instituciones tienen del Adulto Mayor y el envejecimiento, que se refleja en los procesos y servicios, así como en los acentos que ponen en el cuidado.
- Taller 2: **revisión y diseño del direccionamiento estratégico**. Trabaja herramientas para la gerencia desde el pensamiento estratégico, que les permite a las instituciones una mejor gestión.
- Taller 3: **ciclo de seguimiento y evaluación**. Trabaja los momentos, procesos y acciones para el seguimiento y la evaluación de los planes y programas de las instituciones.
- Taller 4: **habilidades para la dirección y el trabajo en equipo**. Trabaja la comunicación y los modelos de liderazgo de los directivos, así como ejercicios para fomentar el trabajo en equipo de los cuidadores.

3.3.2. Línea integración de las familias al cuidado

Esta línea se dirige a los familiares de los Adultos Mayores institucionalizados o que son cuidados en casa.

Taller 1: **El Adulto Mayor y la Familia**. Trabaja con familiares algunas estrategias para la integración familia con los adultos mayores y el papel de la familia en el proceso de envejecimiento.

3.3.3. Línea seguridad y mitigación de riesgos

Esta línea aplica en las instituciones y se concentra en el desarrollo de los Planes de Emergencia que exige la normatividad como parte de la gestión del riesgo.

- Taller 1. **Normatividad y buenas prácticas de Salud y bienestar laboral**. Se le da a conocer a las instituciones la normatividad sobre riesgos y salud laboral. Se aplica una matriz para que las directivas identifiquen los puntos que deben implementar.
- Asesoría: **Construcción del Plan de Emergencias**. Cada entidad recibe la asesoría para la elaboración del plan de emergencia cuando lo tiene construido se realiza un simulacro de evacuación.

3.3.4. Línea formación para el cuidado

Para desarrollar los talleres y facilitar los aprendizajes se conformaron grupos que permitieran la asistencia de acuerdo a la disponibilidad horaria.

A la fecha se han realizado 2 procesos de fortalecimiento que proporcionan elementos teóricos y prácticos, para mejorar el cuidado de los Adultos Mayores. Ambos tienen fundamentación en teorías científicas de Enfermería; el primer fortalecimiento se hizo usando la “teoría de las 14 necesidades” elaborada por Virginia Henderson y el segundo la teoría de los “11 patrones funcionales de salud” propuesta por Marjory Gordon. Las 2 teorías proponen el cuidado de las personas a partir de diferentes ópticas; sin embargo, el resultado de su aplicación es el mismo: cuidar de manera integral, fomentando el autocuidado y cuando éste no es posible, reemplazarlo con la ayuda de los cuidadores.

Los procesos formativos se han hecho de manera constructivista, mediante encuentros directos con el público objetivo, usando metodologías educativas como talleres, ejercicios prácticos individuales y en grupo, ejercicios de aplicación de teoría, análisis de prácticas habituales y presentaciones magistrales. Cada encuentro educativo tiene una duración de 8 horas. Además, cada institución y cuidador familiar recibieron cartillas con los temas dictados en los talleres y un manual relacionado con la programación individual e institucional de actividades física y recreativa.

Los talleres hechos con la teoría de las 14 necesidades, se realizaron de la siguiente manera:

- Taller 1: **Valoración en el adulto mayor**. Permite reconocer las condiciones físicas, mentales, psicoafectivas y sociales mediante métodos de exploración física, psicológica y emocional y, reconocimiento de escalas de independencia, autonomía y estado mental. **Necesidad de comer y**

Necesidad de dormir: cambios en hábitos dietéticos y digestivos, aspectos relacionados con el descanso, las enfermedades y las terapéuticas.

- Taller 2: **Necesidad de respirar y oxigenar y Necesidad de mantener la higiene corporal y el cuidado de la piel:** aspectos del envejecimiento de los sistemas cardiovascular, respiratorio y cutáneo, enfermedades prevalentes, terapéuticas de intervención y cuidados para satisfacer estas necesidades.
- Taller 3: **Necesidad de evitar peligros para sí mismo y para los demás y Necesidad de eliminar los desechos corporales:** reconocimiento de aspectos del envejecimiento del sistema neurológico, las enfermedades que inciden en el comportamiento del AM y conocimientos sobre las enfermedades durante el envejecimiento.
- Taller 4: **Necesidad de vestirse y estar bien presentado, Necesidad de conservar la temperatura corporal, Necesidad de comunicarse con los demás, Necesidad de vivir la sexualidad, Necesidad de aprender siempre y Necesidad de morir dignamente:** las temáticas incluyen recursos para adaptar el cuerpo a los cambios ambientales y personales de temperatura, las enfermedades que interfieren en la comunicación, la sexualidad como un aspecto inherente a la persona y el respeto por las relaciones de pareja de los adultos institucionalizados y, apoyo al AM con dificultades para reconocer el momento de la muerte y los derechos de los moribundos.
- Taller 5: **Necesidad de movimiento y mantener una postura adecuada:** importancia de la actividad física, teniendo en cuenta las enfermedades y limitaciones más comunes en el adulto; incluye la elaboración de un manual de actividad física, que tenga en cuenta las limitaciones de cada AM, según su estado de salud.
- Taller 6: **Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y valores y Necesidad de estar ocupado y participar en actividades recreativas:** cada persona tiene valores, creencias experienciales y espirituales y prácticas religiosas que, desde el cuidado deben apoyarse para una mejor calidad de vida. **Registros para el cuidado:** hoja de signos vitales, notas de cuidado de enfermería y gerontología, Kárdex de cuidados y medicamentos, hojas de ingreso y egreso del CBA. **Higiene de manos:** riesgos en la transmisión de infecciones, diferentes técnicas de higiene de las manos e insumos necesarios. **Desinfección de las áreas institucionales y superficies:** riesgos de la limpieza insuficiente en camas, mesas, baños, superficies y habitaciones; además, recomendaciones sobre jabones y desinfectantes adecuados para tal fin.
- Taller 7: **Bienestar del cuidador:** necesidades de los cuidadores y enfermedades más frecuentes asociadas al estrés del cuidado. **Administración de medicamentos:** temas concernientes a la polifarmacia, la automedicación, los horarios e interferencias de los medicamentos y la responsabilidad ética en la realización de este procedimiento.

La utilización de los patrones funcionales permite una valoración sistemática y premeditada, para obtener una cantidad importante de datos relevantes del paciente físicos, psíquicos, sociales y del entorno de una

manera ordenada, lo que facilita a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. Los talleres hechos con la teoría de los 11 patrones funcionales, se realizaron de la siguiente manera:

- Taller 1: **Proceso de envejecimiento**: presentación de teorías biológicas, psicológicas y sociales. **Idea de la muerte asociada a la vejez**: cuestiones relacionadas con la muerte digna. **Estrés y cansancio del cuidador**: necesidades de los cuidadores y enfermedades más frecuentes asociadas al estrés del cuidado.
- Taller 2: **Patrón Percepción de la salud – manejo de la salud**: importancia de la percepción como acto subjetivo, en la relación cuidado y cuidador; identificación de cómo percibe cada adulto su salud o enfermedad. **Patrón Autopercepción – Autoconcepto**: importancia del autocuidado en los AM y el fomento de los cuidadores para que sean independientes y autónomos. **Síndrome de desuso**: efectos de la inmovilidad sobre algunas funciones orgánicas y complicaciones funcionales derivadas de la inmovilidad.
- Taller 3: **Patrón Nutricional – Metabólico**: problemas nutricionales en el adulto mayor, pirámide nutricional, cuidados para la alimentación. **Patrón de Eliminación**: importancia del mantenimiento de esta función urinaria, digestiva y cutánea.
- Taller 4: **Patrón Actividad – Ejercicio**: importancia de la actividad física en el mantenimiento de la salud; programación y rutinas de acuerdo a requerimientos individuales.
- Taller 5: **Patrón Sueño – Descanso**: problemas del sueño en los AM y sus implicaciones físicas, psicológicas y sociales. **Patrón Cognitivo – Perceptual**: identificación de los cambios en las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; existencia o no de dolor; signos y síntomas de enfermedades neurológicas frecuentes; capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.
- Taller 6: **Patrón Rol – Relaciones**: rol social que juega el adulto mayor en los ámbitos en que vive y las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. **Patrón Sexualidad – Reproducción**: patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad.
- Taller 7: **Patrón Adaptación – Tolerancia al estrés**: formas en que una persona hace frente al estrés. **Patrón Valores y creencias**: valores y creencias que guían la vida y el comportamiento de los adultos mayores, para cuidarlos teniendo en cuenta sus parámetros de vivir.

Como apoyo al proceso de aprendizaje, para cada grupo de talleres se entregó a los participantes un grupo de cartillas que desarrollan el contenido expuesto y les facilita la consulta posterior. Igualmente, para ambos grupos de talleres se verificó la apropiación del conocimiento mediante pruebas escritas y evaluaciones de aprendizaje al terminar cada taller, listas de chequeo aplicadas en las visitas seguimiento y actas e informes de seguimiento. El impacto del fortalecimiento en cuidado se verificó en las visitas de seguimiento y en apreciaciones hechas por los directivos, con respecto a la transformación

de las prácticas cuidantes. Para la evaluación y el seguimiento se aplicaron formatos individuales y visitas de seguimiento con instrumentos preparados para tal fin.

3.4. Resultados

Los resultados que se señalan a continuación corresponden a las dos aplicaciones del programa.

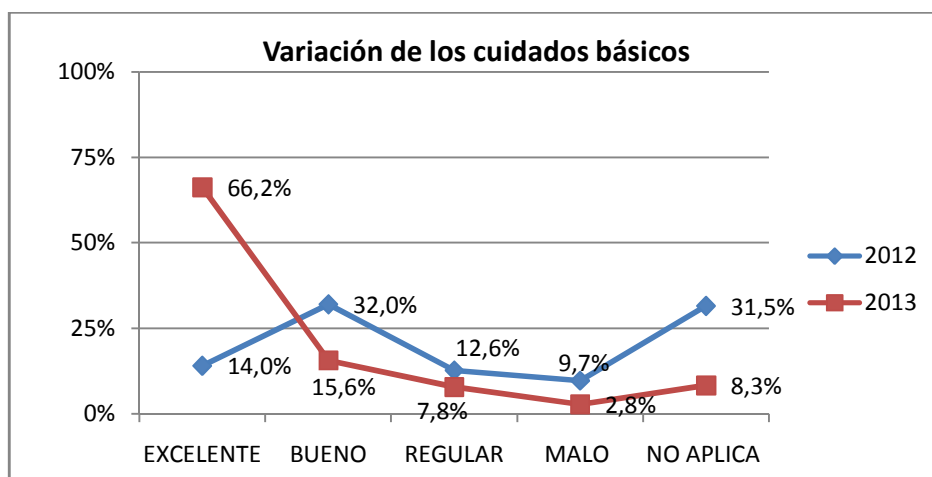
3.4.1. Cuidadores

- Adquisición de un mayor conocimiento sobre la persona del Adulto Mayor y su proceso de envejecimiento.
- Re-significación del proceso de cuidado en: necesidad de estar actualizado para un mejor desempeño, visión del Adulto Mayor desde su singularidad, indagación y socialización de conocimiento.
- Comprensión de la asignación de funciones y responsabilidades del cuidado, según la formación y la experiencia.
- Mejores relaciones interpersonales y trabajo en equipo. Fortalecimiento de equipos.

3.4.2. Procesos de cuidado

- En las instituciones se logró la incorporación y uso permanente de hojas de registro para el cuidado: Kárdex de medicamentos, notas de evolución de enfermería, ingreso y egreso de enfermería para cada Adulto Mayor, signos vitales que toman y registran al menos 1 vez/mes y, registro de control y seguimiento de personas con diabetes mellitus.
- Fomento del lavado de manos en los cuidadores antes y después de cualquier contacto con los Adultos Mayores y en éstos, antes y después de cada comida.
- Cualificación de los procesos de higiene y desinfección de superficies y áreas de cuidado introduciendo buenas prácticas y asignación desde las directivas de personas responsables de este proceso.
- Cuidados de la piel y del sistema osteomuscular, mediante cambios de posición frecuentes en la cama y en la silla para los Adultos Mayores dependientes.
- Mejor reconocimiento de las condiciones físicas, psíquicas, sociales y de salud de cada Adulto Mayor y cuidados individualizados mediante la valoración con técnicas de auscultación, inspección, palpación y entrevista.
- Los cuidadores tienen mejor sustentación teórica por cada procedimiento, se observó refinación en la ejecución de cada uno de ellos, tuvo impacto positivo la asesoría individualizada en los talleres y en las visitas.
- Algunas instituciones han incorporado nuevo personal calificado y/o reasignado sus funciones; también están recibiendo personal de apoyo con estudiantes de prácticas universitarias.

- Variación positiva de la calidad de los procedimientos. La siguiente tabla muestra la variación en el seguimiento realizado a 15 instituciones en el 2013. La línea de comparación es el diagnóstico realizado en el 2012 y los resultados corresponden al consolidado de todas las instituciones.



Se evaluaron 29 procedimientos: Valoración de enfermería al ingreso; Arreglo de cama; Baño general en ducha; Higiene de cavidad oral, manos y cabello; Cambio de pañal; Cuidado con los pies; Cambios de posición en cama y en la silla; Seguridad en el cuarto de baño; Cuidados durante: los desplazamientos, para vestirse, durante la alimentación, para la fiebre o el frío, a los ancianos con secuelas neurológicas; Control de presión arterial y pulso; Uso de nebulizadores e inhaladores; Intervención en problemas del sueño; Evaluación de control en los diabéticos; Ejercicios respiratorios; Uso y enseñanza de ejercicios de Kegel para la incontinencia urinaria; Horarios de los medicamentos; Vestimenta adecuada de los ancianos; Estimulación de la memoria; Fomento de relaciones sociales entre ancianos; Respeto por las relaciones de pareja; Acompañamiento al moribundo.

Escala de valoración:

- **Excelente:** El procedimiento se hace de acuerdo a las normas científicas de éste, de manera oportuna e individualizada, demuestra satisfacción de la necesidad que está interviniendo.
- **Bueno:** El procedimiento cumple parcialmente con la satisfacción de la necesidad que está interviniendo y con las normas científicas que lo definen, se hace de manera oportuna.
- **Regular:** El procedimiento cumple débilmente con la satisfacción de la necesidad que está interviniendo y con las normas científicas que lo definen y no se hace oportunamente.
- **Malo:** El procedimiento no cumple con la satisfacción de la necesidad que está interviniendo, ni con las normas científicas que lo definen y no se hace oportunamente.
- **No aplica:** El procedimiento no se hace en la institución.

3.4.3. Familias:

Con las familias los resultados se aprecian sobre todo en el grupo de Adultos Mayores que son cuidados en casa. Las familias de estos reconocen la importancia de la labor y funciones del cuidador.

3.4.4. Directivos

En los directivos se aprecian los siguientes resultados.

- Identificación y actualización del enfoque institucional de cuidado del Adulto Mayor. El 80% de las instituciones reelaboraron su enfoque.
- Empoderamiento de su rol de administradores y conciencia de tener propuestas validadas por el equipo de trabajo, en el cumplimiento de la normatividad laboral y de cuidado.
- 2 de las instituciones mejoraron las condiciones laborales con descansos remunerados y recargos por horas dominicales y festivas.

3.4.5. Seguridad

Los resultados del programa frente a la seguridad y la mitigación de riesgo son:

- 15 Instituciones elaboraron el Plan de emergencias.
- 12 instituciones realizaron el simulacro de evacuación
- La mayoría de las entidades adquirieron los extintores, rutas de evacuación y señalética que requerían.

4. Conclusiones

4.1. Cuidado

El cambio favorable en los procedimientos de cuidado está asociado a la formación que recibieron los cuidadores y la sensibilización realizada con las directivas de las instituciones. Los mayores incrementos cualitativos en el cuidado coinciden con el mayor compromiso de las directivas en fortalecer el cuidado.

El conocimiento teórico y técnico sobre el envejecimiento y el Adulto Mayor es un factor determinante en la calidad del cuidado.

Para el caso de los Adultos Mayores que son cuidados en sus hogares, se identificó una dinámica generalizada. En las familias existe un cuidador principal que permanece por años en la función, y que suele tener un parentesco con el Adulto Mayor; este cuidador tiende a desconfiar de las capacidades de otros familiares para acompañar el cuidado, principalmente por el desconocimiento de las rutinas. Por su parte los Adultos Mayores desarrollan una relación con el cuidador, en la que difícilmente aceptan cuidado de otros miembros de la familia.

El programa puede lograr un mayor beneficio, si se adaptan algunos temas para que sean los Adultos Mayores quienes participen directamente de la formación, especialmente en temas relativos al autocuidado.

4.2. Metodología

Las estrategias didácticas y metodológicas fueron efectivas para favorecer el aprendizaje. Sin embargo, la réplica formal era uno de los requisitos y componentes de la metodología de trabajo. Por ello se buscó realizar un proceso con cuidadores líderes que hicieran la réplica. Sin embargo, las dinámicas de trabajo institucional y la escasez de cuidadores, dificultan las reuniones académicas para compartir conocimientos. En su lugar, se identificaron esfuerzos de réplica incidental por parte de los cuidadores que participaron de la formación.

Las acciones de la línea de integración de la familia al cuidado deben fortalecerse dentro del programa para garantizar un mayor impacto en la consecución de los objetivos. Dada la importancia del vínculo familiar para los Adultos Mayores, este componente es determinante dentro de las prácticas de cuidado.

5. Referencias bibliográficas

La siguiente es una selección de la bibliografía que da sustento teórico al programa

1. American Association for Respiratory Care. (2002). *Clinical Practice Guideline. Oxygen therapy for adults in the acute care facility*. En: *Respir Care* 47(6):717-720.
2. Álvarez, J. & Del Castillo, F. (2010). Manual de valoración de patrones funcionales. Servicios de salud del principado de Asturias. Recuperado de <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
3. Arango, V. & Ruiz. I. (2007). Diagnóstico de los Adultos Mayores de Colombia. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha. Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
4. Arroyave, M. & Rendón, A. & Montoya, L. (2011). *Infecciones asociadas al Cuidado en la práctica clínica: Prevención y control*. Medellín: CIB
5. Asociación Colombiana de infectología. (2014). *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo Volumen 13*.
6. Botero de Mejía, B. (1995). *El autocuidado en la vejez*. Manizales: Universidad de Caldas.
7. Carpenito, L. (2011). *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: Mc Graw Hill.

8. Congreso de la República de Colombia. (2009). *Ley 1315 de 2009*. Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención. Bogotá.
9. Consejo de Medellín. (2012). Acuerdo Municipal 08 de 2012. Por medio del cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez del municipio de Medellín. Medellín.
10. Departamento de enfermería hospital universitario San Vicente Fundación. (2012) *Manual de procedimientos*. Medellín: San Vicente Fundación.
11. Fundación PEYDI (2006). *Manual metodológico*. Medellín: PEYDI.
12. Fundación PEYDI & Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia (2009). *Caja de herramientas*. Medellín: PEYDI.
13. Gerontociencia (sn f). *Patrones funcionales de salud*. Recuperado de: <http://gerontociencia.galeon.com/aficiones1657213.html>
14. García López, M.V & Rodríguez Ponce, C. (2001) *Enfermería del anciano*. Madrid: Ediciones DAE.
15. Giménez, M. & Servera, E. (2001). *Respiratoria*. Madrid: Editorial Panamericana.
16. González, F & Prichardo, A. (2009). *Geriatría*. México: Mc Graw Hill
17. Henderson, V. (1994) *La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: Mc Graw Hill.
18. Instituto Superior de Investigaciones para el Calidad Sanitario. (2003). *Patrones Funcionales de M. Gordon*. Recuperado de http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf
19. Kozier, B. & Erb, G. (2008) *Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica*. Madrid: Mc Graw Hill.
20. Long, B. & Phipps, W. (2007) *Enfermería Medicoquirúrgica*. Barcelona: Harcourt Brace.
21. Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional de Envejecimiento y vejez*. Bogotá.
22. Nordmark, M. & Rohweder, A. (1975). *Principios científicos aplicados a la enfermería*. México: La Prensa Médica Mexicana.
23. Porras, J. (1991). *Reposo en cama: algo más que una sencilla terapia*. En: *Avances en enfermería* 9 (2); Santa Fe de Bogotá.
24. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
25. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Revisión de los cinco pasos para la higiene de manos guía de implementación*. Ginebra: WHO.
26. Rodríguez J.L. et. al. (sn f) *Técnicas de nebulización con inhaladores*. Recuperado de: http://www.faes.es/archivos_pdf/download/inalair/modulo2/INALAIR2_3.PDF
27. Servera, E. (sn f). *Oxigenoterapia*. En: *Prevención y Rehabilitación en Patología*.
28. UNFPA (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. Resumen Ejecutivo*. Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas.

29. U.S. Department of Health and Human Services. (2013). *Guideline for prevention of nosocomial pneumonia and guideline ranking scheme*. Atlanta: CDC.