

INFORME FINAL DE PRÁCTICAS

PROYECTO DE INTERVENCIÓN:

FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO DE ADULTOS MAYORES

HOSPITALIZADOS:

PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL, IPS UNIVERSITARIA SEDE

CLÍNICA LEÓN XIII, MODELO SERMÁS

REALIZADO POR

YURY PAOLA JARAMILLO VELÁSQUEZ

ESTUDIANTE DE TRABAJO SOCIAL

PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III

ASESORA ACADÉMICA

LUZ EDILMA AGUIRRE OSORIO

TRABAJADORA SOCIAL - DOCENTE INVESTIGADORA

ASESORAS INSTITUCIONALES

MARIA CRISTINA VILLAMIZAR RESTREPO

MARILYN ANDREA GARCÍA GALLEGO

TRABAJADORAS SOCIALES IPS UNIVERSITARIA – CLÍNICA LEÓN XIII

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLÍN

2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	7
1.1 HISTORIA Y EVOLUCIÓN.....	7
1.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	8
2. OBJETO DE INTERVENCIÓN.....	10
3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	11
3.1 Características de la población.....	11
3.2 Justificación.....	12
3.3 Marco Normativo.....	14
3.4 Referente Teórico – Conceptual.....	19
3.5. Objetivos.....	24
3.6 Metas e Indicadores.....	25
3.7 Diseño Metodológico.....	26
3.8 Enfoque.....	27
3.9 Estrategia.....	27
3.10 Beneficiarios.....	28
3.11 Criterios Éticos.....	29
ACTIVIDADES REALIZADAS.....	30
5. MONITOREO Y SEGUIMIENTO A METAS.....	31
6. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	33
LOGROS.....	39
FORTALEZAS.....	40
DEBILIDADES.....	41
APORTES DESDE TRABAJO SOCIAL.....	42
LA INSTITUCIÓN COMO AGENCIA DE PRÁCTICA.....	43
RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	49

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Motivos de interconsulta a Trabajo Social.	11
Tabla 2. Riesgos socio familiares identificados.	12
Tabla 3. Metas e indicadores del proyecto de intervención.	25
Tabla 4. Monitoreo y seguimiento a metas.	31

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución etaria.	33
Gráfico 2. Diagnósticos principales.	34
Gráfico 3. Conformación familiar.	35
Gráfico 4. Zona residencial.	36

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cronograma.	48
Anexo 2. Guía de entrevista.	50
Anexo 3. Formato de evaluación.	51

INTRODUCCIÓN

El presente, corresponde al informe final del proceso de práctica profesional II y III, llevada a cabo en la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII. Inicialmente se plantea la contextualización del campo, seguido del objeto de intervención, posteriormente se da cuenta de todo lo referente al proyecto de intervención ejecutado en el marco del proceso formativo, mostrando cada uno de sus elementos – caracterización de la población, justificación, marco normativo, referente teórico conceptual, objetivos, metas e indicadores, diseño metodológico, enfoque, estrategia, beneficiarios y criterios éticos que guiaron el proceso –. Seguido, se muestra el informe de monitoreo y seguimiento realizado al proyecto de intervención, luego, se plantea la evaluación final del mismo, teniendo en cuenta la caracterización realizada y el proceso educativo.

Posteriormente, se da paso a dar cuenta de las actividades en general realizadas en las prácticas académicas, los logros, fortalezas, debilidades, aportes desde Trabajo Social en el campo de la salud, la institución como agencia de prácticas y las recomendaciones realizadas.

1. CONTEXTUALIZACIÓN

La IPS Universitaria es una Institución Prestadora de Servicios de Salud sin ánimo de lucro, de carácter mixto, conformada por la Universidad de Antioquia y la Fundación Universidad de Antioquia (IPS Universitaria. s/f). En Medellín tiene cuatro sedes, las cuales son: la sede universitaria, ubicada en las instalaciones de la Universidad de Antioquia para prestar servicios a la comunidad estudiantil y administrativa; la sede SIU (Sede de Investigación Universitaria), desde la cual la IPS aporta a la generación de conocimiento en áreas de la salud; la sede Prado, la cual cuenta con dos bloques para prestar diferentes servicios ambulatorios; y la sede Clínica León XIII, correspondiendo a su sede principal, siendo una de las más reconocidas en la ciudad en su prestación de servicios médicos y hospitalarios. Además, la IPS cuenta con una sede en el municipio de Apartadó desde el año 2013.

1.1 HISTORIA Y EVOLUCIÓN

La Universidad de Antioquia prestó servicios básicos en salud a sus empleados a través de la dirección de Bienestar Universitario hasta el año 1993, con la llegada de la Ley 100 se creó el *Programa de Salud de la Universidad*, con lo que se dio la oportunidad de conformar una IPS para la prestación de servicios a la población en general, es así como se conformó la IPS Universitaria, teniendo como objetivo prestar servicios de salud en todos los niveles de complejidad, iniciando sus labores el 4 de diciembre de 1998, como corporación mixta sin ánimo de lucro (IPS Universitaria. s/f).

En el año 2007 por decisión del Gobierno Nacional, le fue entregada a la IPS la Clínica León XIII para su operación logística, lo que permitió ampliar su portafolio de servicios de alta complejidad, trazando el proyecto de ser un *hospital universitario*. En el año 2012 inicia operación en la Red Pública de prestación de Servicios en la ciudad de Barranquilla, y para el año 2013 en San Andrés y Providencia, y en el Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó.

Para principios de septiembre de 2017, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia certificó la habilitación para 77 servicios que se prestan actualmente en la Clínica León XIII, lo que acerca más a la institución a su proyecto de acreditación como *hospital universitario de la Universidad de Antioquia* (IPS Universitaria. s/f).

1.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Dentro de la plataforma estratégica de la IPS Universitaria se encuentran los siguientes aspectos:

Misión:

Somos el Hospital de la Universidad de Antioquia, centro de referencia para la prestación de servicios de salud de alta complejidad. Gestionamos el conocimiento mediante la docencia y la investigación para contribuir con criterios de excelencia al proceso de formación de sus estudiantes. Ofrecemos soluciones integrales en salud con enfoque de responsabilidad social. (IPS Universitaria. s/f. Párr. 1).

Visión: “Ser reconocidos por nuestros centros de excelencia para la atención en salud de alta complejidad, con perspectiva global” (IPS Universitaria. s/f. Párr. 2).

Valores:

*Responsabilidad: que apunta al cumplimiento de las actividades que le corresponden en el momento en que se deben realizar.

*Respeto: refiriéndose a entender el lugar del otro, teniendo receptividad de sus necesidades, y la confianza como base relacional.

*Transparencia: corresponde al actuar con verdad (IPS Universitaria. s/f).

Políticas estratégicas:

*Humanización: es la vivencia constante de los valores institucionales, siendo el atributo fundamental para el relacionamiento con sus grupos de interés.

*Desarrollo humano de los colaboradores: desde talento humano se promueve el desarrollo integral de los colaboradores de la institución, quienes son reconocidos como el pilar para su funcionamiento.

*Modelo de atención en salud: el cual es personalizado y se basa en un abordaje integral, con enfoque diferencial.

*Seguridad de la atención: enfocada en la prevención de factores de riesgo para los usuarios y su familia, los colaboradores, estudiantes y docentes.

*Docencia – Servicio: “la institución contribuye a la formación profesional, mejora competencias humanas, técnicas y científicas; con la Universidad de Antioquia actualiza modelos de docencia – servicio y genera valor para la institución y la sociedad” (IPS Universitaria. s/f. Párr. 5)

*Investigación e innovación: como elementos que contribuyen a la pertinencia y seguridad en la atención, por medio de la generación de conocimiento y la transformación de gestión de salud.

*Sostenibilidad: la IPS es socialmente responsable, favoreciendo la “sostenibilidad económica, social, ambiental y el respeto a los derechos humanos” (IPS Universitaria. s/f. Párr. 7)

*Gobernanza institucional: “la relación con los grupos de interés se basa en información institucional transparente, precisa, completa y oportuna; los acuerdos contractuales promueven la competencia justa, en el marco de la legalidad y la anticorrupción.” (IPS Universitaria. s/f. Párr. 8)

*Gestión de riesgos: la IPS gestiona los riesgos de manera integral con sus grupos de interés en el ámbito de su gestión empresarial. (IPS Universitaria. s/f.)

2. OBJETO DE INTERVENCIÓN

La IPS Universitaria cuenta con la Unidad de Atención al Usuario, presente en todas sus sedes, la cual tiene el objetivo de garantizar y velar “por el cumplimiento de los derechos y responsabilidades de los usuarios a través de acciones que facilitan la información, el trámite de opiniones y el acompañamiento de los pacientes y sus familias en los distintos momentos de la atención” (IPS Universitaria. s/f. Párr. 1)

La Sede Clínica León XIII dentro del área de Atención al Usuario, cuenta con un equipo de cinco profesionales en Trabajo Social, quienes tienen la responsabilidad de identificar las condiciones sociales y familiares de los usuarios atendidos, quienes son interconsultados según sus características y/o perfil poblacional, pues presentan una condición de vulnerabilidad (IPS Universitaria. 2016). Por medio del diagnóstico social y la gestión realizada, con la intervención de las profesionales se busca **garantizar una buena estancia hospitalaria y un egreso oportuno y seguro de los usuarios**, es así como “el grupo de profesionales del Trabajo Social realiza una intervención oportuna y ágil para dinamizar procesos de relación de ayuda con el usuario y su familia. Esta intervención se efectúa con el paciente, acompañante, familiar o persona que asiste como acudiente” (IPS Universitaria. s/f. Párr.5).

Por otro lado, para la construcción del objeto de intervención del proyecto ejecutado en el marco de las prácticas profesionales, se tomó como punto de partida el estudio institucional realizado y la inducción llevada a cabo con cada una de las profesionales, lo cual permitió un acercamiento al contexto y reconocimiento de las características particulares, dando paso así a decidir en conjunto con las Trabajadoras Social de la Clínica y con la asesora académica, trabajar: el fortalecimiento de las redes de apoyo de los adultos mayores, pluripatológicos, pensionados, asegurados por la Nueva EPS, hospitalizados en la Clínica entre los meses de junio a septiembre.

3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

El proyecto de intervención diseñado en el marco de la práctica profesional II y III de Trabajo Social en la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII de la ciudad de Medellín, modalidad intensiva, tuvo como *objeto de intervención*: el fortalecimiento de las redes de apoyo de los adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS, que se encuentren hospitalizados en dicha institución entre los meses de julio a septiembre del presente años.

3.1 Características de la población

En la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII se brinda atención diariamente a diferentes grupos poblacionales, entre los meses de enero a mayo del presente año, desde Trabajo Social se realizaron un total de 1911 intervenciones, de las cuales, 1040 se llevaron a cabo con adultos mayores, es decir, un 54,21% del total de las intervenciones realizadas en lo corrido del 2018 involucran a este grupo poblacional (Entrevista 1. Marilyn García. 20 de junio, 2018).

Es preciso señalar, que de la cifra antes mencionada, 365 es decir, el 35,09% de usuarios están asegurados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la Nueva EPS, los motivos de interconsulta en este grupo se relacionan en la siguiente tabla:

MOTIVO	TOTAL	%
Identificación del riesgo	149	40,82%
Intervención individual y familiar	82	22,47%
Escaso acompañamiento	45	12,33%
Reside en Municipio lejano	22	6,03%
Programa hepatobiliar	18	4,93%
Adherencia al tratamiento	13	3,56%
Requieren atención domiciliaria	13	3,56%
Sin red de apoyo	10	2,74%
Conflictiva familiar	4	1,10%
Intento suicida	4	1,10%

Con enfermedad mental	2	0,55%
Consumo de Sustancias Psicoactivas	2	0,55%
Programa de trasplantes	1	0,27%
TOTAL	365	100,00%

(Tabla 1. Motivos de Interconsulta a Trabajo Social población asegurada por la Nueva EPS, primer semestre 2018. Elaboración propia: Yury Paola Jaramillo Velásquez, Practicante de Trabajo Social.)

En los casos atendidos por identificación de riesgo (149), se encontraron las siguientes problemáticas:

PROBLEMÁTICA	TOTAL	%
Baja adherencia	19	12,75%
Escaso acompañamiento	13	8,72%
Conflictiva familiar	5	3,36%
Requieren atención domiciliaria	2	1,34%
Conflicto armado	1	0,67%
Sin riesgo	109	73,15%
Total	149	100%

(Tabla 2. Riesgos socio familiares encontrados en las Interconsultas por Trabajo Social, población asegurada por la Nueva EPS, primer semestre 2018. Elaboración propia: Yury Paola Jaramillo Velásquez, Practicante de Trabajo Social.)

Así pues, se concluye que en la mayoría, las intervenciones se enfocan en: intervención individual y familiar, escaso acompañamiento, residente en Municipio lejano y por adherencia al tratamiento, temas que necesariamente vinculan a las redes de apoyo socio-familiares con las que cuentan los adultos mayores con quienes se realiza intervenciones desde Trabajo Social.

3.2 Justificación

En Colombia, para el año 2014 el 10% total de la población eran adultos mayores, cifra que va en aumento dado el envejecimiento poblacional paulatino, el cual es entendido

como el aumento relativo de las personas mayores de 60 años; este proceso, lleva a que este grupo poblacional adquiera condiciones de dependencia, en el año 2014, 17 de cada 100 habitantes cumplían con estas características (Flórez, C, Villar, L, Puerta, N, Berrocal, L. 2015). Es preciso resaltar que “los sistemas de seguridad social y de salud se han convertido en las redes de servicios más importantes para el adulto mayor [...] los sistemas de pensiones se convierten en el mecanismo de ingreso económico principal de este grupo poblacional” (Ministerio de Salud y Protección Social. s/f. Pág. 16)

La IPS Universitaria brinda diariamente atención a los usuarios asegurados en el régimen de salud por diferentes EPS como lo son: Savia, Mutualser, Coosalud, Coomeva, Comparta, Cajacopi, Programa de Salud U de A y Nueva EPS (IPS Universitaria. 2016), en esta última, se encuentra asegurada parte de la población pensionada con diagnósticos pluripatológicos, es decir, con más de una enfermedad crónica; teniendo en cuenta el impacto socio familiar de este tipo de patologías en la cotidianidad de los sujetos, y en especial sus implicaciones en torno a los cuidados que demandan, se hace necesario abordar desde Trabajo Social este grupo poblacional, puesto que el hecho de contar con un ingreso económico como lo es la pensión, no garantiza condiciones óptimas en los cuidados y acompañamiento que requieren.

Teniendo en cuenta que desde el *Modelo de atención Sermás* “la IPS Universitaria se proyecta como una institución de alta complejidad, con enfoque en centros de excelencia y en ser un referente de atención del adulto mayor, con un abordaje integral del ser humano” (IPS Universitaria. 2018. Pág. 9), desde el enfoque interdisciplinario, se hace necesario que Trabajo Social realice aportes significativos en el abordaje socio familiar de este grupo poblacional, lo que apunta directamente a su atención integral, vinculando de manera activa las redes de apoyo como factor protector para la calidad de vida de los adultos mayores.

Por lo anterior, es importante indagar por las condiciones socio familiares y redes de apoyo de los adultos mayores con diagnósticos pluripatológicos que se encuentran hospitalizados en la Clínica León XIII, con el fin de intervenir profesionalmente en el fortalecimiento de estas, y así generar impactos positivos en la calidad de vida de los adultos mayores por medio de la educación en los cuidados que reciben diariamente.

3.3 Marco Normativo

En correspondencia al objeto de intervención del proyecto, se hace necesario tener en cuenta los aspectos legales más relevantes en torno al Sistema de Salud, el envejecimiento y la vejez en Colombia, por lo que se retoman los elementos principales de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1850 de 2017, y de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, los cuales se presentan a continuación:

LEY 100 DE 1993

El Congreso de la República de Colombia a través de la Ley 100 de 1993 crea el Sistema de seguridad social integral, entendiendo este como:

el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (Congreso de la República de Colombia. 1993. Pág. 1)

Teniendo como principios: la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación, se contemplan los temas referentes al sistema general de pensiones, y el sistema general de seguridad social en salud. En este último, se plantea que “El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Congreso de la República de Colombia. 1993), conformado por: Organismos de Dirección, Vigilancia y Control, Los Ministerios de Salud y Trabajo, El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, La Superintendencia Nacional en Salud, y Los Organismos de administración y financiación.

Por otro lado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) serán las encargadas de la afiliación de los usuarios, quienes cuentan con un plan integral de protección de la salud, que corresponde al POS, el cual incluye la atención preventiva, médico – quirúrgica y

medicamentos esenciales. Por cada persona afiliada, la EPS recibe una Unidad de Pago por Capacitación. Para la población considerada como *la más pobre y vulnerable*, se establece un régimen subsidiado, el cual es financiado “con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad” (Congreso de la República de Colombia. 1993). Es así como se reconocen dos tipos de régimen de afiliados al Sistema General de Seguridad social en salud: contributivo y subsidiado.

Las EPS pueden prestar de manera directa los servicios, o contratarlos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales tienen como función “prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley” (Congreso de la República de Colombia. 1993. Pág. 4), teniendo como principios la calidad y la eficiencia, con autonomía administrativa, técnica y financiera. Por otro lado,

La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. (Congreso de la República de Colombia. 1993. Pág. 5)

LEY 1122 DE 2007

Mediante esta Ley, el Congreso de la República de Colombia hace modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios; por lo que se hacen cambios en cuanto a

dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios en salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (Congreso de la República de Colombia. 2007. Pág. 1).

Así pues, se deja expresa la creación de la Comisión de Regulación en Salud, la cual tiene dentro de sus funciones: definir y modificar los POS, definir la unidad de pago por

capacitación de cada régimen, presentar ante los entes competentes informes anuales sobre el estado del SGSSS y recomendaciones para su mejoramiento, entre otras. Lo que respecta al fortalecimiento en los programas de salud pública, en la presente Ley se deja expreso que el Gobierno Nacional es el responsable de definir el Plan Nacional de Salud Pública, el cual tiene como fin “la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar” (Congreso de la República de Colombia. 2007. Pág. 12).

Además, en su artículo 36, plantea la creación del Sistema de inspección, vigilancia y control del SGSSS, encabezado por la Superintendencia Nacional de Salud, comprendido por un conjunto de normas, agentes y procesos que garanticen la adecuada prestación del servicio en salud.

LEY 1751 DE 2015

Esta Ley apunta a la garantía del derecho fundamental a la salud por medio de su regulación y establecimiento de mecanismos para su protección. En esta se establece que

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. (El Congreso de Colombia. 2015. Párr. 3)

En cuanto a los determinantes sociales de la salud, entendidos como “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos” (El Congreso de Colombia. 2015. Párr. 44), es deber del Estado adoptar Políticas Públicas que contribuyan a reducir las desigualdades

de los determinantes sociales que incidan en el derecho fundamental de la salud, la prevención de enfermedades y mejorar la calidad de vida, apuntando a la equidad en salud.

Por otro lado, los siguientes grupos poblacionales son considerados como sujetos de especial protección: “niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la **población adulta mayor**, personas que sufren enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad” (El Congreso de Colombia. 2015. Párr. 75), a quienes la atención en salud no tendrá ningún tipo de limitación administrativa ni económica, para lo que las instituciones del sector salud deben definir procesos que garanticen mejores condiciones en la atención.

LEY 1850 DE 2017

El Congreso de Colombia por medio de esta Ley establece medidas de protección al adulto mayor en el país, como el deber de los Centros de Protección Social y las Instituciones de Atención de acoger a este grupo poblacional afectado por casos de violencia intrafamiliar, para brindarles protección y prevención. Por otro lado, el Consejo Nacional del Adulto Mayor tiene dentro de sus funciones:

Asesorar la formulación y evaluar el funcionamiento de los planes y programas de protección y lucha contra la violencia que se ejerza a los adultos mayores. Promover la creación de redes de apoyo con el fin de asegurar los vínculos, la compañía y el apoyo del núcleo familiar del adulto y así evitar la institucionalización y penalización. Promover la formulación de políticas para dar a conocer las obligaciones alimentarias de la familia para con las personas de la tercera edad. (El Congreso de Colombia. 2017. Pág. 1)

Por otro lado, se deja en claro que las y los adultos mayores tienen derecho a los alimentos, correspondiendo a “lo imprescindible para la nutrición, habitación, vestuario, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, recreación y cultura, participación y, en general, todo lo que es necesario para el soporte emocional y la vida autónoma y digna” (El Congreso de Colombia. 2017. Pág. 3), los cuales deben ser proporcionados por

quienes tengan la obligación según la Ley, al igual que deben garantizar los medios para “su mantenimiento físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social” (El Congreso de Colombia. 2017. Pág. 3)

POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

“La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez está dirigida a toda la población residente en Colombia y en especial, a los mayores de 60 años. Con énfasis en aquellos en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género” (Ministerio de la Protección Social. 2007. Pág. 16), teniendo como fin la visibilización e intervención del envejecimiento y la vejez durante el periodo correspondido entre 2007 – 2019, para lo cual, reconoce la heterogeneidad poblacional del país, la familia como unidad básica de la sociedad que debe prestarle atención a los derechos de todos sus miembros en especial a los adultos mayores, “la necesidad de asumir la promoción del envejecimiento activo o exitoso como estrategia con visión de largo plazo” (Ministerio de la Protección Social. 2007. Pág. 16), al igual que “la necesidad de fomentar y consolidar organizaciones, redes de apoyo y redes de protección social formales e informales, que generen tejido social, así como dinámicas para el ejercicio de los derechos y la transformación del imaginario de la vejez” (Ministerio de la Protección Social. 2007. Pág. 17), y la Atención Primaria en Salud como estrategia para garantizar el acceso oportuno a la prestación de servicios en salud.

Para lo que se plantea como objetivos generales:

Incidir de manera activa, a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que los viejos de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable e integrada, dentro del marco de la promoción, prevención y restitución de los derechos humanos (Ministerio de la Protección Social. 2007. Pág. 19)

Crear condiciones para el envejecimiento de la población, entendido como el derecho de toda la población a una vida digna, larga y saludable, reconociendo la trascendencia de la corresponsabilidad individual, familiar y social en este proceso. (Ministerio de la Protección Social. 2007. Pág. 19)

3.4 Referente Teórico – Conceptual

Redes de Apoyo:

Las redes de apoyo son entendidas como:

formas de interacción social continuas, en la cual se produce un intercambio continuo de ideas, servicios y modos de hacer, en donde los seres humanos encuentran conexión con diversos actores, para obtener otra mirada de los problemas, refugio emocional y apoyo instrumental (Sluzki, C. 1996. Pág. 49; citado por: Gil, A. 2015. Pág. 4)

Estas redes pueden ser formales o informales, las primeras corresponden a entidades privadas o gubernamentales; por otro lado, las de tipo informal se dividen en dos grupos: primarias y secundarias, como red primaria se encuentra la familia, que para los adultos mayores brinda apoyo social, económico, funcional, afectivo y asistencia; como red de apoyo secundaria, se encuentran los amigos y/o vecinos, quienes pueden brindar diferentes tipos de ayuda que promuevan una calidad de vida estable en los adultos mayores (Cardona, D, Estrada, A, Chavarriaga, L, Segura, A, Ordoñez, J, y Osorio, J. 2008).

Las redes de apoyo son un recurso esencial para optimizar el estado de salud y bienestar de las personas, siendo un factor protector cuando la salud está comprometida, en especial en adultos de la tercera edad, dado que es una etapa evolutiva en la que la persona necesita un reconocimiento como ser humano productivo y útil (Cardona, D, Estrada, A, Chavarriaga, L, Segura, A, Ordoñez, J, y Osorio, J. 2008), además, porque al ser la red de apoyo primaria para este grupo poblacional, juegan un papel central en el mantenimiento de la salud, prevención de enfermedades y por ende, adherencia a los tratamientos.

Condicionantes Socio – Familiares

La salud se encuentra condicionada por determinantes sociales, es decir, factores y mecanismos sociales que afectan el nivel de salud (Álvarez, G, García, M, y Londoño M.

2016), los cuales están relacionados con las características específicas del contexto en sus diversas dimensiones, en el que se encuentran inmersos los adultos mayores, como lo son:

*Dimensión social: se relaciona directamente con el lugar que ocupa el adulto mayor en la sociedad, su estilo de vida y las relaciones que teje cotidianamente con las personas cercanas; al igual que las instituciones a las que se vincula en su etapa de vida, uso del tiempo libre y preferencias por actividades que realiza (Hernández, A. s/f), lo cual influye directamente en los procesos salud enfermedad de este grupo poblacional y por ende en su calidad de vida, dado que permea su manera de ser, estar e interpretar la realidad social.

*Dimensión familiar: en Trabajo Social desde el enfoque de la Teoría General de Sistemas, es necesario abordar a la familia desde su globalidad, teniendo en cuenta su tipología, subsistemas y relaciones en los mismos, etapa del ciclo vital familiar, la comunicación y los roles de cada uno de sus miembros (Aylwin, N, y Solar, M. 2002). La familia es fundamental en el proceso de cuidado y atención de los sujetos en sus procesos salud – enfermedad, los cuales traen consigo cambios que impactan la dinámica familiar, siendo esencial abordarlos para garantizar el logro de los objetivos propuestos en la atención en salud (Muñoz, F, Espinosa, J, Portillo J, Rodríguez, G. 2002)

*Dimensión económica: agrupa los ingresos y egresos económicos a nivel familiar, al igual que el papel y percepción del adulto mayor sobre sus ingresos como pensionado (Hernández, A. s/f), en donde es importante tener en cuenta que al asumir la enfermedad y sumado a la etapa del ciclo vital en la que se encuentran los adultos mayores, repercute a nivel económico, implicando gastos en medicamentos y todo lo referente a los tratamientos en salud.

*Dimensión habitacional: hace referencia al tipo de vivienda, el estado y equipamiento de la misma para brindar comodidad y accesibilidad a los adultos mayores en su estado físico (Hernández, A. s/f), la cual se constituye en una dimensión relevante en la determinación de los procesos salud – enfermedad, en conexión con la calidad de vida.

*Dimensión cultural: en la que se encuentran las concepciones, costumbres y creencias en torno al proceso salud – enfermedad y el envejecimiento (Álvarez, G, García, M, y Londoño M. 2016) siendo esencial para el analizar los factores sociales inmersos en estos, pues:

A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad. (Alarcón, A, Vidal, A, y Neira, J. 2003. Párr. 7)

Envejecimiento

Según Cristina Filardo, el envejecimiento corresponde a “el conjunto de transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de su vida. Se trata de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (Filardo, C. s/f. Pág. 206), en los cuales se tienen en cuenta consideraciones referentes a la edad en cuatro dimensiones, que son:

- *Cronológica: determinada por los años cumplidos.
- *Fisiológica: se define por el envejecimiento de los órganos y tejidos corporales.
- *Psíquica: definida por acontecimientos sociales y afectivos vividos.
- *Social: determina el rol individual a desempeñar en la sociedad. (Filardo, C. s/f)

Es importante resaltar que el envejecimiento como fenómeno universal e inevitable, se encuentra en relación directa con el estado de salud, en donde las enfermedades crónicas no trasmisibles afectan en mayor proporción a los adultos mayores, pues por lo menos una de estas aparece en un 70% de este grupo poblacional, y tres o más en un 35%, lo que implica que los ancianos deban hacer mayor uso de los servicios de salud y sociales. (Rodríguez, J, Tabares, V, Silva, E, Sanchoyerto, R, Cervantes, M. 2014)

Vejez y Envejecimiento

La vejez corresponde a una etapa de ciclo vital individual, en la que entran en juego factores biológicos, psicológicos y sociales. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, esta categoría “representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.” (Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. Párr. 3).

Teniendo en cuenta la edad cronológica, en Colombia una persona es adulta mayor al tener 60 años de edad o más (Ministerio de Salud y Protección Social. 2018). Al abordar teóricamente la vejez, se deben analizar aspectos como la salud física y mental, la eficacia cognitiva, la competencia social y la satisfacción vital (Filardo, C. s/f), por ende, es preciso relacionarla con la calidad de vida, la cual se encuentra ligada a posibilitar un estado de bienestar en la persona por medio de la interacción entre diversas condiciones de la vida humana, como lo son: la vivienda, el vestuario, la alimentación, la educación y la libertad, al igual que tener una participación social significativa, en la que se le otorgue un reconocimiento (Vera. M. 2007).

Para lo anterior, las familias cumplen un papel central, por lo que se hace necesario reconocer que durante la etapa evolutiva familiar, se enfrentan crisis que implican la adaptación a los cambios individuales de cada uno de sus miembros; cada etapa del ciclo vital en las familias se caracteriza por el afrontamiento de las crisis producidas por los cambios biológicos, psicológicos y sociales, estas se pueden dar de diferentes formas e intensidad, lo que depende del funcionamiento de cada familia y sus particularidades (Aylwin, N, y Solar, M. 2002)

En el envejecimiento específicamente, influyen diversos factores, pues se enfrentan cambios a nivel de las relaciones familiares, económicos y del estado de salud, lo que puede significar una etapa difícil de afrontar, es por esto, que la familia tiene el rol central de ser la red de apoyo para los adultos mayores en esta etapa, teniendo presente que se debe “desarrollar un sistema de ayuda mutua que impida la desconexión generacional. Esta

ayuda mutua debe ser lograda sin pérdida de la dignidad, procurando impedir la sensación de inutilidad que viven los ancianos y el consecuente deterioro de su autoestima” (Aylwin, N, y Solar, M. 2002. Pág. 128)

Cuidados Generales de los Adultos Mayores

Los cuidados generales de los adultos mayores abarcan un conjunto de herramientas que se vinculan con el fin de garantizar su bienestar y calidad de vida, con ayuda de sus redes de apoyo familiares o sociales, en especial de aquellos que tienen algún grado de dependencia (Hernández, A. s/f). Los cuales son:

*Relaciones interpersonales: con la vejez se pueden presentar dificultades en torno a la comunicación, por lo cual, para evitar el aislamiento de los adultos mayores por este motivo, se deben generar cambios que posibiliten una interacción fluida (Joyners Cuidadores. 2017)

*Seguridad en el medio: integra la adecuación del hogar para que se ajuste a las particularidades de los adultos mayores, garantizando seguridad, comodidad y movilidad.

*Cuidados personales: son de suma importancia para el desarrollo cotidiano de los adultos mayores, incluyen el aseo personal integral y el vestuario (Hernández, A. s/f).

*Alimentación y nutrición: lo recomendable es seguir la dieta sugerida por el médico tratante, por lo tanto, el rol de la red de apoyo de los adultos mayores, va encaminada a la adherencia a esta, de manera que aporte los nutrientes que necesita.

*Administración de medicamentos y monitoreo: seguir las indicaciones de la fórmula médica, de manera que se garantice la adherencia al tratamiento; el monitoreo de la salud se encaminan a la garantía de una vida digna de los adultos mayores en la sociedad, teniendo en cuenta algunas alteraciones que se puedan presentar (Hernández, A. s/f).

3.5. Objetivos

General

Fortalecer las redes de apoyo de adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, modelo Sermás de la IPS Universitaria, hospitalizados en la clínica León XIII durante los meses julio a septiembre de 2018.

Específicos

Caracterizar en las dimensiones social, familiar, económica, habitacional y cultural a los adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, que ingresen a hospitalización durante los meses julio a septiembre de 2018.

Identificar las redes de apoyo de los adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, que ingresen a hospitalización durante los meses julio a septiembre de 2018

Brindar educación en cuidados generales de los adultos mayores a los familiares y/o cuidadores que forman parte de las redes de apoyo de adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, hospitalizados en la clínica León XIII durante los meses julio a septiembre de 2018.

3.6 Metas e Indicadores

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES
Fortalecer las redes de apoyo de adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, modelo Sermás de la IPS Universitaria, hospitalizados en la clínica León XIII durante los meses julio a septiembre de 2018.	Caracterizar en las dimensiones social, familiar, económica, habitacional y cultural a los adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, que ingresen a hospitalización durante los meses julio a septiembre de 2018	<p>Para el mes de agosto de 2018, por medio de una entrevista semi-estructurada realizada a 30 adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS que se encuentren hospitalizados en la Clínica León XIII y sus acompañantes, conocer acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Condiciones socio – familiares teniendo en cuenta la tipología familiar, los roles y la comunicación presentes; identificando el cuidador primario. *Condición económica, identificando los ingresos y egresos en el hogar, al igual que el aporte de los adultos mayores desde su pensión. *Condición habitacional, teniendo presente el barrio donde vive, la tenencia de la vivienda y las condiciones de esta. *Condición cultural, enfocada en dar cuenta de la percepción de la vejez y el proceso salud – enfermedad. 	<p>*De cobertura</p> $\frac{\text{Personas atendidas}}{\text{Personas posibles de atender}} \times 100$ <p><u>Personas entrevistadas</u> X100</p> <p>Personas participantes</p> <p>Se caracterizaron 30 adultos mayores pensionados, hospitalizados en la Clínica León XIII que ingresen desde al 16 de julio al 30 de agosto de 2018, teniendo en cuenta sus condiciones socio familiares, económica, habitacional y cultural.</p>
	Identificar las redes de apoyo de los adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, que ingresen a hospitalización durante los meses julio a septiembre de 2018	<p>Para el mes de agosto de 2018, por medio de una entrevista semi-estructurada realizada a 30 adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS que se encuentren hospitalizados en la Clínica León XIII y sus acompañantes, identificar el cuidador primario y las personas que le brindan apoyo (amigos, vecinos, instituciones), teniendo en cuenta sus características en cuanto edad, estado físico y ocupación.</p>	<p>Se identificaron los familiares, amigos, vecinos e instituciones que se vinculan a los cuidados generales de los adultos mayores pensionados, pluripatológicos que se encuentran hospitalizados en el Clínica León XIII entre el 16 de julio al 30 de agosto, conociendo los cuidadores, su edad, ocupación y condiciones físicas.</p>
	Brindar educación en cuidados generales de los adultos mayores a los familiares y/o cuidadores que forman parte de las redes de apoyo de adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, hospitalizados en la clínica León XIII durante los meses julio a septiembre de 2018.	<p>En el mes de septiembre de 2018, haber brindado educación a familiares y/o cuidadores de 20 adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS que se encuentren hospitalizados en la Clínica León XIII, en:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Seguridad en el medio, para lograr la adecuación de espacios que faciliten la movilidad y comodidad de los adultos. *Cuidados personales, enfocados en el aseo personal *Alimentación y nutrición, acorde a los requerimientos de cada adulto. *Medicamentos y monitoreo, siguiendo las recomendaciones médicas y tener en cuenta signos de alarma en la salud 	<p>*De cumplimiento</p> $\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades programadas}} \times 100$ <p>Se brindó educación a los cuidadores de los adultos mayores pensionados, que se encontraban hospitalizados en la Clínica León XIII, en torno a cuidados en seguridad, cuidados personales, alimentación y medicamentos, logrando mejor calidad de vida de este grupo poblacional.</p>

(Tabla 3. Metas e indicadores del proyecto de intervención. Elaboración propia: Yury Paola Jaramillo Velásquez, Practicante de Trabajo Social.)

3.7 Diseño Metodológico

Momentos y Técnicas:

Los momentos y técnicas tomadas como herramientas para la construcción y puesta en marcha del proceso del proyecto de intervención fueron:

1. Diagnóstico: como punto de partida, se retomó el estudio institucional de la IPS Universitaria, realizado por medio de un *rastreo bibliográfico* con el fin de contextualizar el proceso; además, se tuvo en cuenta la *observación* de lo vivido cotidianamente en la Clínica en el tiempo de la inducción con cada una de las profesionales de Trabajo Social y lo corrido del proceso de prácticas para identificar la población y los problemas en los cuales se podría intervenir.

2. Planeación: de manera conjunta con las Trabajadoras Sociales de la IPS Universitaria y con la asesora académica se definió el objeto de intervención. Luego, se dio paso a la formulación y planeación del proyecto por parte de la estudiante, para lo cual se partió de un rastreo bibliográfico que permitió plantear toda la parte teórica que lo sustenta y diseñar el componente metodológico, esto con el apoyo por parte de las asesoras por medio de las asesorías.

3. Ejecución: para dar cumplimiento a los dos primeros objetivos específicos del proyecto de intervención se planteó como técnica para generar la información la *entrevista semiestructurada* (Anexo 2), la cual consiste en una conversación cara a cara en la que la persona a cargo de la entrevista cuenta con una guía de preguntas para tener en cuenta los temas más relevantes por los que se debe indagar, sin la necesidad de llevar un orden, además, las respuestas generadas en la persona entrevistada puede dar paso a otras preguntas (Munarriz, B. s/f). Por otro lado, la educación en cuidados generales de los adultos mayores, se realizó por medio de un diálogo en la habitación en la que se encontraba cada usuario.

4. Evaluación: por último, para realizar la evaluación del proyecto, se tuvo en cuenta la postura de las personas que conforman las redes de apoyo de los adultos mayores que

participaron en el proceso educativo, permitiendo conocer su percepción y valoración del mismo (Anexo 3), a partir de esto, se hizo un balance.

3.8 Enfoque

Teniendo en cuenta el carácter educativo del presente proyecto de intervención, se considera de total pertinencia retomar el *diálogo de saberes* como enfoque, el cual es entendido como:

un proceso comunicativo en el cual se ponen en interacción dos lógicas diferentes: la del conocimiento científico y la del saber cotidiano, con una clara intención de comprenderse mutuamente; implica el reconocimiento del otro como sujeto diferente, con conocimientos y posiciones diversas [...] Es un encuentro entre seres humanos - educandos y educadores- donde ambos se construyen y fortalecen: un diálogo donde ambos se transforman. (Bastidas, M, Pérez, N, Torres, J, Escobar, G, Arango, A, Peñaranda, F. 2009)

Siendo así, este enfoque posibilita encuentros con carácter dialógicos, permitiendo la construcción de conocimientos, reconociendo a los Otros y Otras como poseedores de saberes previos, con capacidades que se pueden potenciar con el fin de promover una mejor calidad de vida de los adultos mayores.

3.9 Estrategia

La estrategia retomada para el proyecto de intervención, fue la intervención individual y familiar, para lo que inicialmente es preciso tener en cuenta que *la intervención profesional en Trabajo Social* es entendida, como el accionar de la o el profesional, que mediante el uso de unas técnicas específicas, se enfoca hacia el cumplimiento de determinados objetivos, implica la articulación institucional, las políticas de acción y personas cualificadas para lograr los propósitos trazados (Vargas, P, y Muñoz, N 2011). Esta adquiere el carácter de fundamentada puesto que articula la teoría y la práctica, reconociendo una “*relación dialógica y además interactiva*, asociada con dar respuestas a preguntas por el qué conocemos y cómo conocemos, en *correspondencia* con

el *qué transformamos y cómo lo transformamos*” (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013. Pág. 173).

La *intervención individual*, es decir el caso social, reconoce una interacción constante entre el individuo y su medio, la cual se encuentra permeada por las características, percepciones, necesidades y tensiones propias de cada sujeto, lo cual es esencial tener en cuenta en los procesos de intervención profesional, más aun, teniendo en cuenta que las situaciones vivenciadas por los seres humanos involucran las relaciones que teje cotidianamente. Es por esto, que en la intervención es preciso tener presente las particularidades de cada persona, la situación que enfrenta y los demás involucrados en la misma, para lo que es fundamental una mirada holística de la realidad social (Aylwin, N, y Solar, M. 2002).

Por otro lado, la *intervención familiar* se diferencia del caso social en la medida en que su foco de atención no es el individuo sino la familia y las situaciones en las que se encuentra inmersa, teniendo en cuenta las diversas tipologías familiares, el medio social en el que interactúa cotidianamente, en el que se encuentran los parientes, amigos, vecinos, instituciones a las que se vincula, como la escuela, el trabajo y servicios de salud, lo que implica algunas veces interacciones conflictivas, ya sea por causas internas o externas, constituyéndose así el foco de atención desde Trabajo Social (Aylwin, N, y Solar, M. 2002). Lo anterior, vincula estrechamente a la familia con los procesos salud – enfermedad que vivencian en su ciclo vital, lo que implica la activación de recursos propios, movilizándolos para lograr un equilibrio que posibilite la satisfacción y calidad de vida de cada uno de sus miembros, donde desde Trabajo Social se puede aportar según las particularidades de cada sujeto, su familia y sus particularidades.

3.10 Beneficiarios

Como beneficiarios directos del proyecto, se tuvieron 20 adultos mayores quienes por medio de la educación realizada a sus cuidadores, tendrán posibilidad de mejorar su calidad de vida, de igual manera, las personas que conforman las redes de apoyo de los adultos mayores también se consideran beneficiarios directos dado que contarán con

herramientas necesarias para fortalecer el rol que asumen como cuidadores. Por otro lado, como beneficiario indirecto, se encuentran las familias de los adulto mayores dado que por medio de la educación recibida por sus cuidadores, podrán sentir mayor tranquilidad; al igual que la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII, pues desde este proyecto se contribuye a la implementación del Modelo Sermás, el cual apunta a la atención integral de los pacientes atendidos, teniendo en cuenta que la institución se proyecta como referente en la atención a la población adulta mayor.

3.11 Criterios Éticos

Retomando el Código de Ética profesional de Trabajo Social, para este proyecto de intervención fue fundamental el *respeto* hacia los sujetos que hagan parte del mismo, es decir, los adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS y las personas que constituyen su red de apoyo, reconociéndolos como sujetos poseedores de derechos, opiniones, diferencias culturales y postura frente la realidad social. También fue transversal la *igualdad*, desde la cual no se discrimina a los sujetos por su “sexo, raza, origen, lengua, religión, opinión pública o filosófica” (Consejo Nacional de Trabajo Social. 2015. Pág. 27)

Por otro lado, la *confidencialidad* como principio desde el que se le otorga el carácter de secreto profesional a la información generada, será esencial para respetar la privacidad de los sujetos, la cual se garantizará en las entrevistas realizadas. Siendo así, la relación establecida con los sujetos será basada en el diálogo y la aceptación, por medio de la empatía y confianza, reconociendo su autonomía y capacidad en la toma de decisiones (Consejo Nacional de Trabajo Social. 2013). Además de lo anterior, este proyecto de intervención tiene como finalidad impactar de manera positiva las redes de apoyo de los adultos mayores, sin el ánimo de causar daño alguno a alguien

ACTIVIDADES REALIZADAS

Para el proceso de prácticas, se diseñó un cronograma en el que se dividió el tiempo en rondas con cada una de las Trabajadoras Sociales, con el fin de rotar por cada uno de los servicios de la Clínica. Como practicante de Trabajo Social, se apoyaron las interconsultas correspondientes a cada una de las profesionales, en las cuales se parte de evaluar las condiciones socio – familiares, económicas y habitacionales de los sujetos, identificar cuidador primario durante la estancia hospitalario y para el manejo ambulatorio, brindar acompañamiento y asesoría teniendo en cuenta las particularidades de cada intervención, y realizar la gestión social requerida, en especial, establecer redes interinstitucionales para garantizar egresos seguros y oportunos.

También se apoyó en la socialización en derechos y deberes de los usuarios en las habitaciones de hospitalización, función realizada en cada uno de los pisos asignados a cada Trabajadora Social, lo cual permitió generar acercamiento e indagar por las percepciones frente la atención recibida en la institución y así brindar orientación en caso de ser necesario. De igual manera, tuve la oportunidad de asistir a los encuentros académicos del Comité de ética, en los que se abordan diferentes temas que implican dilemas éticos en el quehacer profesional, con el fin de generar estrategias de mejora en los servicios de atención. Además, de participar desde la observación en las entrevistas de usuarios en protocolo de trasplante y las rondas del equipo interdisciplinario del programa de rehabilitación hepatoiliar.

Por otro lado, en el marco de la práctica y como parte del proceso formativo, se diseñó, planeó, ejecutó y evaluó el proyecto de intervención presentado en el presente informe.

5. MONITOREO Y SEGUIMIENTO A METAS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	OPERACIÓN MATEMÁTICA	LOGROS Y RECOMENDACIONES
Fortalecer las redes de apoyo de adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, modelo Sermás de la IPS Universitaria, hospitalizados en la clínica León XIII durante los meses julio a septiembre de 2018.	Caracterizar en las dimensiones social, familiar, económica, habitacional y cultural a los adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, que ingresen a hospitalización durante los meses julio a septiembre de 2018	Para el mes de agosto de 2018, por medio de una entrevista semi-estructurada realizada a 30 adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS que se encuentren hospitalizados en la Clínica León XIII y sus acompañantes, conocer acerca de: *Condiciones socio – familiares teniendo en cuenta la tipología familiar, los roles y la comunicación presentes; identificando el cuidador primario. *Condición económica, identificando los ingresos y egresos en el hogar, al igual que el aporte de los adultos mayores desde su pensión. *Condición habitacional, teniendo presente el barrio donde vive, la tenencia de la vivienda y las condiciones de esta. *Condición cultural, enfocada en dar cuenta de la percepción de la vejez y el proceso salud – enfermedad.	*De cobertura $\frac{\text{Personas atendidas}}{\text{Personas posibles de atender}} \times 100$ <u>Personas entrevistadas</u> X100 Personas participantes Se caracterizaron 30 adultos mayores pensionados, hospitalizados en la Clínica León XIII que ingresaron desde al 16 de julio al 30 de agosto de 2018, teniendo en cuenta sus condiciones socio familiares, económica, habitacional y cultural.	$\frac{20}{30} \times 100 = 66\%$	Al finalizar el mes de agosto, no se logró realizar la caracterización completa, puesto que teniendo en cuenta las condiciones del contexto se modificó un poco la metodología, de manera que se pudiera hacer de forma simultánea tanto la identificación como la intervención educativa, por lo que se resalta la importancia del carácter flexible del proyecto, con el fin de lograr los objetivos.
	Identificar las redes de apoyo de los adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, que ingresen a hospitalización durante los meses julio a septiembre de 2018	Para el mes de agosto de 2018, por medio de una entrevista semi-estructurada realizada a 30 adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS que se encuentren hospitalizados en la Clínica León XIII y sus acompañantes, identificar el cuidador primario y las personas que le brindan apoyo (amigos, vecinos, instituciones), teniendo en cuenta sus características en cuanto edad, estado físico y ocupación.	Se identificaron los familiares, amigos, vecinos e instituciones que se vinculan a los cuidados generales de los adultos mayores pensionados, pluripatológicos que se encontraban hospitalizados en la Clínica León XIII entre el 16 de julio al 30 de agosto, conociendo los cuidadores y condiciones físicas.	N/A	Para cumplir a cabalidad este objetivo, lo recomendable es que la persona que asuma el rol de cuidador-a principal esté presente en la entrevista.
	Brindar educación en cuidados generales de los adultos mayores a los familiares y/o cuidadores que forman parte de las redes de apoyo de adultos mayores pensionados, asegurados por la Nueva EPS, hospitalizados en la clínica León XIII durante los meses julio a septiembre de 2018.	En el mes de septiembre de 2018, haber brindado educación a familiares y/o cuidadores de 20 adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS que se encuentren hospitalizados en la Clínica León XIII, en: *Seguridad en el medio, para lograr la adecuación de espacios que faciliten la movilidad y comodidad de los adultos. *Cuidados personales, enfocados en el aseo personal *Alimentación y nutrición, acorde a los requerimientos de cada adulto. *Medicamentos y monitoreo, siguiendo las recomendaciones médicas y tener en cuenta signos de alarma en el estado de salud.	*De cumplimiento $\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades programadas}} \times 100$ Se brindó educación a los cuidadores de los adultos mayores pensionados, que se encontraban hospitalizados en la Clínica León XIII, en torno a cuidados en seguridad, cuidados personales, alimentación y medicamentos, logrando mejor calidad de vida de este grupo poblacional.	$\frac{13}{20} \times 100 = 65\%$	Para el logro de este objetivo se recomienda generar cambios en la ejecución del proyecto, haciéndolo de manera simultánea con la entrevista pero en diferentes días, es decir, no cubrir primero todas las caracterizaciones y luego pasar a la fase educativa, sino entrevistar y al día siguiente realizar la educación.

(Tabla 4. Monitoreo y seguimiento a metas. Elaboración propia: Yury Paola Jaramillo Velásquez, Practicante de Trabajo Social.)

SEGUIMIENTO CUALITATIVO

La ejecución del proyecto se inició el 8 de agosto, hasta el día 31 del mismo mes se logró avanzar de manera significativa, encontrando que en su mayoría los adultos mayores cuentan con red de apoyo familiar establecida para garantizar el cuidado y acompañamiento necesario en su proceso salud – enfermedad, excepto aquellos que son independientes en sus actividades básicas y avanzadas. El ingreso pensional es una fuente de recursos significativa tanto para aportar económicamente en sus hogares como para cubrir los gastos personales. Las condiciones habitacionales en los usuarios partícipes del proyecto hasta el momento, son estables, ubicados en diferentes barrios de la ciudad, viviendas construidas en material con servicios públicos habilitados. Desde lo indagado en la parte cultural con relación a la vejez y a la enfermedad, se ha encontrado que la mayoría perciben la primera categoría como una etapa de la vida muy difícil que trae consigo la enfermedad, la cual asocian directamente con la muerte.

Por otro lado, el rol de cuidador-a principal es asumido generalmente por un miembro de la familia, por lo general hijas o esposas, también hay algunas personas que cuentan con una cuidadora remunerada económicamente para recibir asistencia de su parte. Generalmente, las redes de apoyo social no están establecidas, los pocos adultos mayores que cuentan con ella son recurridas para esparcimiento en momentos de ocio, lo cual aporta a su capacidad de relacionamiento en la etapa evolutiva del ciclo vital en la que se encuentran, mas no se vinculan en cuidados de su proceso salud – enfermedad.

En el componente educativo del proyecto, se ha tenido en cuenta las particularidades de cada sujeto involucrado, en todas las intervenciones se ha abordado el tema de la comunicación asertiva, la seguridad en el medio y la activación de recursos propios como la paciencia, el amor y el apoyo entre el grupo familiar para afrontar la crisis de desajuste y en algunos casos de desvalimiento por la que atraviesan. La receptividad por parte de los participantes ha sido muy positiva, participan activamente en la intervención, muestran interés y han calificado satisfactoriamente el proceso.

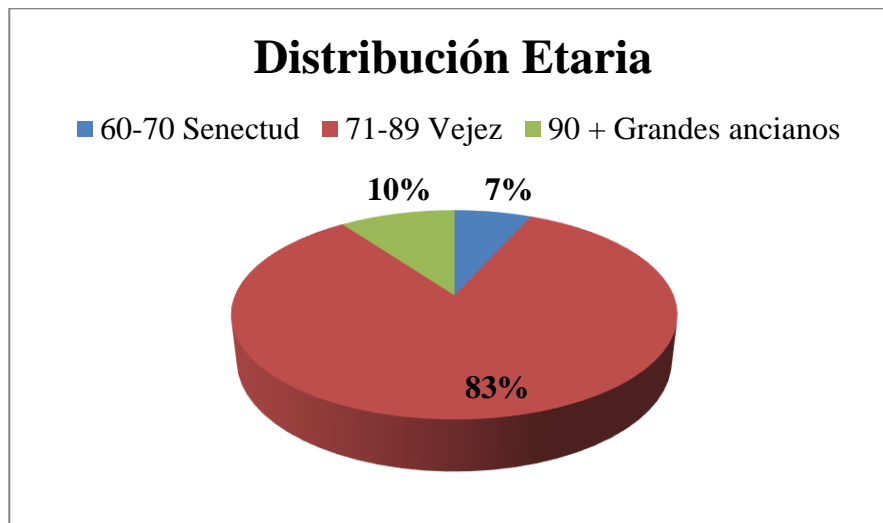
6. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

La fase de ejecución del proyecto de intervención se realizó entre el 8 de agosto y el 26 de septiembre de 2018, dando cumplimiento al 100% de los objetivos propuestos. Los criterios de selección de los participantes fueron: adultos mayores, pensionado, hospitalizados en la Clínica León XII, asegurados por la Nueva EPS, pluripatológicos, con mínimo tres reingresos a la institución; entre los meses de junio a agosto, 76 usuarios cumplían con estos criterios, en total se caracterizaron 30 y se realizó educación con 20 de ellos.

A continuación se muestran los hallazgos a partir del proceso de caracterización y los resultados de las intervenciones en educación de cuidados a los adultos mayores.

Desde el proceso de caracterización:

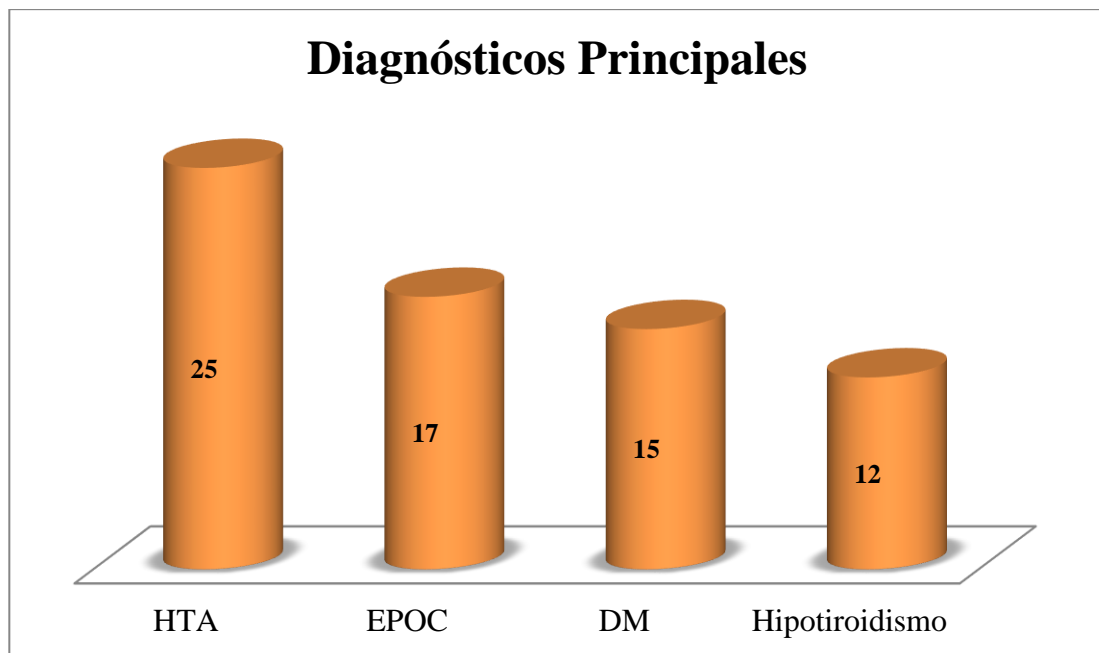
*La población se dividió en tres grupos según la distribución etaria: entre los 60 y 70 años: senectud, entre los 71 y 89 años: vejez y de los 90 años en adelante: grandes ancianos; el mayor porcentaje de la población caracterizada se encuentra en la etapa de la vejez.



(Gráfico 1: distribución etaria. Elaboración propia: Yury Paola Jaramillo Velásquez, Practicante de Trabajo Social.)

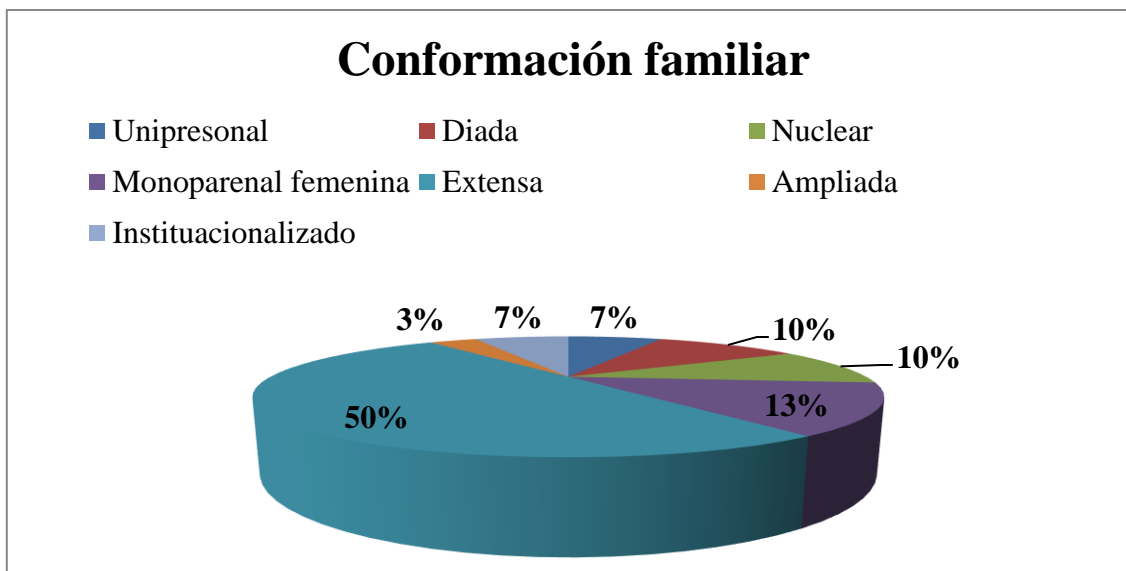
*En relación al sexo, se caracterizaron 15 mujeres y 15 hombres, lo cual no se hizo de manera intencional, al momento de analizar la información se dio cuenta del resultado.

*Teniendo en cuenta que los sujetos partícipes se encuentran diagnosticados con varias enfermedades crónicas, las más recurrentes de este tipo, son: hipertensión arterial (HTA), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Diabetes Mellitus (DM) e hipotiroidismo.



(Gráfico 2. Diagnósticos principales. Elaboración propia: Yury Paola Jaramillo Velásquez, Practicante de Trabajo Social.)

*En cuanto a conformación familiar, se encontró que la mayoría de sujetos se encuentran integrando familia de tipología extensa, seguido de la familia monoparental con jefatura femenina, la nuclear, díada conyugal, hogar unipersonal, institucionalizados en hogares geriátricos y en menor proporción se encuentra la familia ampliada; como se relaciona en el siguiente gráfico.



(Gráfico 3. Conformación familiar. Elaboración propia. Elaboración propia: Yury Paola Jaramillo Velásquez, Practicante de Trabajo Social.)

*Durante la estancia hospitalaria, 19 de los adultos mayores contaron con acompañamiento permanente, 8 en jornada diurna y tres recibían visitas esporádicas.

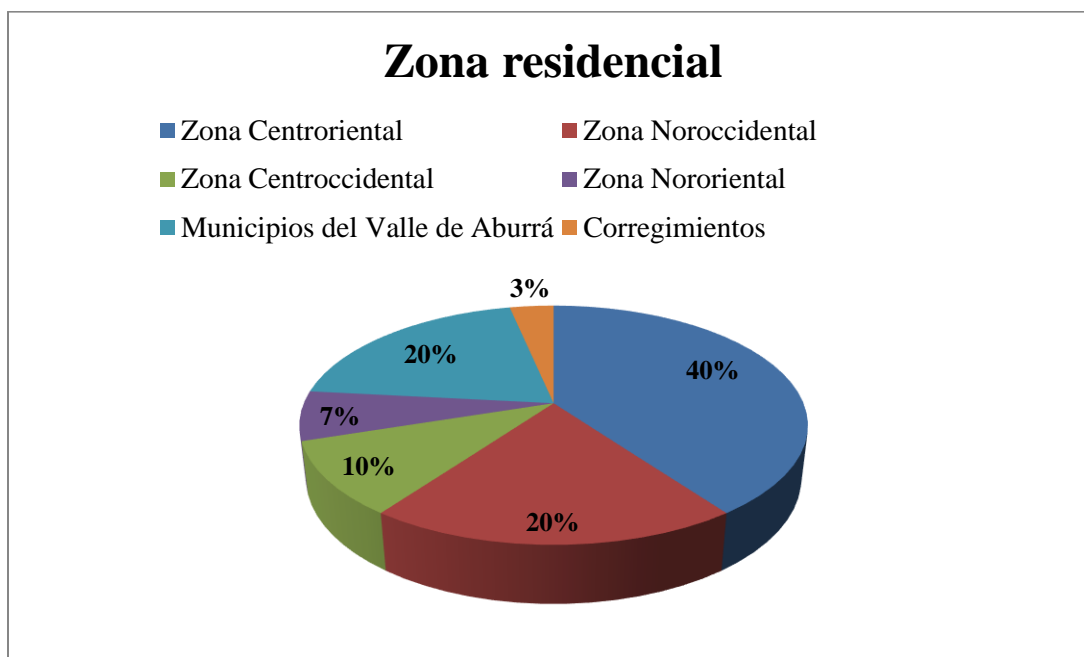
*Reconociendo la familia como red de apoyo primaria, se encontró que de los 30 adultos mayores, 24 cuentan con una cuidadora perteneciente al grupo familiar, especialmente hijas y esposas; 5 de ellos cuentan con cuidadoras remuneradas económicamente y uno de ellos sin cuidador definido dado que es independiente para sus actividades básicas cotidianas y avanzadas. Además, es importante resaltar que se encontró que este lugar es asumido por mujeres, reiterando de esta manera la asignación de roles según la identidad genérica desde la visión hegemónica.

*En cuanto a las redes de apoyo social, se encontró que 14 de los 30 adultos mayores cuentan con atención domiciliaria. Además, 8 de ellos tienen un grupo definido de vecinos y/o amigos con quienes comparten espacios de ocio y esparcimiento, sin vincularse a sus cuidados y dos asisten a grupos religiosos, los cuales consideran como un apoyo importante en su estado anímico.

*Con referencia a la parte económica, de los 30 adultos caracterizados, 21 comparten la responsabilidad económica del hogar con los otros miembros, 7 de ellos la

asumen de manera personal y en 2 familias la responsabilidad es asumida por los hijos de los sujetos. Además, 4 de ellos reciben apoyo económico de otros miembros de la familia, dos de ellos cuentan con ahorros y 4 tienen ingresos de la renta de propiedades. La pensión es un ingreso significativo para los adultos mayores, quienes invierten la mayor parte en gastos del hogar, en especial compra de alimentos y pago de servicios públicos, seguido de abastecerse de implementos de uso personal y además, cubren los gastos referentes a salud, específicamente el transporte a citas y exámenes médicos, trámites en la EPS y asumir los copagos y cuotas moderadoras.

*Desde la condición habitacional, se encontró que la mayor proporción residen en la zona Centroriental, seguido de la Zona Noroccidental, algunos Municipios del Valle de Aburrá, la zona Centroccidental, la Nororiental y en menor proporción en los Corregimientos de Medellín, como se relaciona en el siguiente gráfico:



(Gráfico 4. Zona residencial. Elaboración propia: Yury Paola Jaramillo Velásquez, Practicante de Trabajo Social.)

*Acerca de la tenencia de la vivienda, 20 residen en vivienda propia, 4 en arrendada y 4 en residencia familiar (los otros dos residen en hogar geriátrico). Todos cuentan con servicios públicos habilitados, 2 con energía en modalidad prepago y 1 con agua

comunitaria. Las viviendas son construidas en material, condiciones habitacionales adecuadas.

*Como credo religioso, prevalece el catolicismo, solo uno de los adultos mayores manifestó no practicar alguna religión.

*Desde la concepción de la vejez, los adultos mayores la refieren como una etapa de la vida, la cual relacionan generalmente con la enfermedad y los cambios físicos, por lo cual la consideran “*difícil*”, algunos expresan que sienten deseos de vivir, otros en cambio, asocian la edad con la llegada de la muerte. Las cuidadoras también la ven como una etapa de la vida, al ver la condición actual de la persona a la que acompañan, expresan que es “dificil porque está relacionada con la enfermedad”, además de generar tristeza.

*Referente a la enfermedad, los sujetos la relacionan directamente con la vejez, siendo un proceso difícil ante el cual anhelan tener salud, aunque algunos la interrelacionan con la muerte. Por otro lado, las cuidadoras, la conciben principalmente como una situación difícil de la vida, otras expresan que hace parte del proceso de la vida y de igual manera la relacionan directamente con la necesidad del autocuidado.

Intervención en cuidados generales

A partir de reconocer las particularidades de cada uno los adultos mayores caracterizados, por medio de las entrevistas realizadas, se realizó la intervención educativa acerca de los cuidados generales a los adultos mayores, en torno a las relaciones interpersonales, la seguridad en el medio, los cuidados personales, alimentación y nutrición, administración de medicamentos y monitoreo en salud; esto enfocado en fortalecer las capacidades de las cuidadoras en su rol, desde el relacionamiento con los sujetos.

Cabe aclarar, que al indagar por los cuidados proporcionados a los sujetos, las cuidadoras expresaban como principal preocupación brindar el soporte en actividades que antes no era necesario, dada la dependencia que va generando tanto el proceso evolutivo como la enfermedad, sin embargo, se resalta que se identificó una marcada capacidad de

resiliencia y adaptabilidad familiar moderada para enfrentar las crisis por las que atraviesan.

Esta intervención se realizó con 20 de los 30 adultos mayores caracterizados, con 15 se trabajaron todos los temas, con los otros 5 no se trabajó el ítem de alimentación y nutrición dada la condición clínica de los sujetos, solo se recomendó seguir las indicaciones del médico tratante.

En general se considera que el proceso educativo tuvo muy buena recepción por parte de los participantes, quienes en su totalidad calificaron la información como excelente, y valorando la escala de aporte de la información como mucho. En la parte cualitativa de evaluación del proceso, los participantes expresaron sobre todo que como aporte principal que les dejó el encuentro, fue la importancia de tener paciencia en los cuidados y acompañamiento a los adultos mayores, mediado por el “amor”, al igual que resaltaron lo fundamental del apoyo de todos los miembros de la familia para poder acompañar a los sujetos según la etapa del ciclo vital individual en la que se encuentren.

LOGROS

La realización de las prácticas profesionales permitió interrelacionar la teoría con la práctica, para lo que se tomaron como base los conocimientos construidos en la Academia. Poder estar en el contexto de la Clínica, permitió contrastar lo escrito con lo que se vivencia en la cotidianidad, generar acercamiento a las dinámicas familiares de diversos grupos poblacionales, de diferentes estratos socio – económicos, con particularidades en su historicidad, cosmovisión y maneras de ser y estar en el mundo, lo cual nutrió tanto la formación profesional como personal.

Teniendo en cuenta las múltiples intervenciones que se realizan desde Trabajo Social en la Clínica, se logró aprehender la Ruta de Atención a Víctimas de Presunto Abuso Sexual, las redes interinstitucionales que se tejen para garantizar un egreso seguro y oportuno, por ejemplo con Centro Día y Amautta, los cuales corresponden a entes con los cuales se trabaja de manera muy articulada gracias a los grupos poblacionales con los que se realiza intervención, al igual que con otras instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la línea de la Mujer.

De igual manera, como factor fundamental en la intervención profesional, se logró construir capacidades propias para generar empatía con los sujetos y realizar intervenciones que posibilitaran conocer sus condiciones socio familiares y a partir de allí gestionar para posibilitar estancias hospitalarias y egresos seguros. Por otro lado, personalmente me fue posible vivenciar el sistema de salud de manera diferente, ya no meramente como usuaria sino comprender un poco las lógicas administrativas, lo cual me aporta para generar mayores luces en cuanto a la garantía del Derecho en Salud.

FORTALEZAS

A partir de la experiencia propia, es preciso resaltar las siguientes como fortalezas presentes al realizar la práctica profesional en la Clínica León XIII:

- ✓ El equipo de Trabajadoras Sociales que acompañó todo el proceso, fue un soporte fundamental para tejer los saberes, la disposición para compartir el conocimiento y a su vez permitir construirlo en conjunto, da cuenta de una apuesta profesional por generar transformaciones sociales desde diferentes ámbitos, entre los cuales se incluye la docencia como eje transversal en el proceso.

- ✓ A partir de la atención integral que se le brinda a los sujetos, se da cuenta del cumplimiento de la premisa acerca de la relación existente entre la salud y los factores sociales como cimiento de la intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la Salud, en este caso en el ámbito hospitalario, relacionado directamente con la Salud Pública.

- ✓ La posibilidad de rotar por los diferentes servicios de la Clínica permite ampliar en mayor medida el panorama del accionar profesional, teniendo en cuenta que desde los diferentes diagnósticos con los que se trabaja en la institución, de cada uno se aprende para poder particularizar la intervención, lo cual se nutre con la postura de cada una de las profesionales, retomando de cada una de ellas los elementos que personalmente se consideren más significativos.

- ✓ El acompañamiento por parte de la asesora académica fue fundamental en todo el proceso, por lo que se resalta su disposición y atención para aclarar dudas y brindar la orientación requerida.

DEBILIDADES

Partiendo del reconocimiento de la postura crítica retomada en Trabajo Social, salir del contexto propio de la Academia y estar en otro donde se encuentran marcadas las lógicas tanto del sistema como de la institucionalidad, en muchas ocasiones nos impone retos desde la postura ético política retomada, lo que personalmente categorizo, como “*crisis*” propias del proceso, por esto, encuentro una debilidad en la formación académica al estar estrechamente relacionada con procesos en los que recurrentemente se retoma una postura contra-hegemónica, por lo que puede significar un proceso más difícil de enfrentarnos al contexto de ciertas instituciones.

Por otro lado, referente al proceso general de las prácticas, considero que una de las debilidades fueron los trámites administrativos iniciales, los cuales se tornaron en cierta medida demorados, por lo que no se pudo generar un empalme con la anterior practicante, lo que hubiese sido muy significativo.

Además de esto, por razones de tiempo, no se pudo realizar una segunda ronda por el servicio de urgencias, la cual hubiera aportado en aprehender en mayor medida de los casos que desde allí se atienden y las rutas de atención que se activan.

APORTES DESDE TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social en salud es señalado por Ezequiel Ander Egg (1972) como uno de los campos para la profesión más antiguos, en América Latina es el área en que más desempeño tiene la profesión. La intervención profesional en este campo posibilita dejar de considerar la salud como un problema meramente físico y biológico, para ser abordada desde la relación del individuo con su contexto, lo que permite generar información referente a su hábitat, condiciones de vida y sus relaciones, siendo estos, datos que sin el accionar de profesionales en Trabajo Social no se generarían (Jordán, J. 1981), y por ende no se tendría en cuenta todos los ámbitos del contexto para garantizar una atención integral.

En la actualidad, el Trabajo Social desde este campo, tiene como premisa la relación existente entre la salud y los factores sociales, de lo cual se derivan las funciones de los y las Trabajadoras Sociales en este ámbito, las cuales según Ezequiel Ander Egg (1972) son: brindar atención a las problemáticas sociales que afecten a los usuarios en los centros de salud, promoción y fortalecimiento de grupos de pacientes, madres, y talleres en pro de la rehabilitación, hacer parte de los equipos de educación preventiva en salud y de los equipos del área socio – sanitaria para promover la formación de programas de salud comunitaria, participar en la rehabilitación y reinserción social de pacientes, y brindar acompañamiento durante su hospitalización; estas funciones tienen el propósito de generar una autonomía en los sujetos frente a los problemas de salud que atraviesen, esto por medio de tener en cuenta su entorno y su propia postura. (Ander, E. 1972)

El quehacer profesional tiene unas características particulares, pues se le reconoce como una intervención fundada o fundamentada por las dimensiones epistemológica, teórica – conceptual, metodológica y ético política, sin perder de vista los sujeto y objeto de intervención, lo cual constituye de manera fundamental el accionar en la Clínica León XIII.

LA INSTITUCIÓN COMO AGENCIA DE PRÁCTICA

Partiendo del reconocimiento de la importancia del accionar profesional de Trabajo Social en el campo de salud, cabe resaltar que el hecho de realizar la práctica profesional en la IPS Universitaria, Clínica León XIII, permitió poner en práctica los conocimientos construidos en el proceso formativo, afianzando aquellos relacionados con el campo de la salud, que si bien, no son muy profundizados en la Academia, por afinidad propia se logró un acercamiento previo, el cual se nutrió significativamente con lo aprehendido en el proceso de prácticas, puesto que permitió un acercamiento con diversas problemáticas de salud pública, reconociendo la importancia de la intervención profesional de Trabajo Social desde los múltiples aportes que se realizan.

Siendo así, y teniendo en cuenta el contexto de la Clínica y de los sujetos atendidos en esta, en el marco de las prácticas académicas se logró trabajar con diferentes grupos poblacionales, como: adultos mayores, habitantes de calle, menores de edad, población indígena, habitantes de otros Municipios, población rural; además, vinculado al proceso salud – enfermedad, los diagnósticos médicos son muy diversos en el contexto de la Institución, encontrando enfermedades crónicas, catastróficas, violencias físicas y sexuales, lo cual permitió en gran medida construir conocimientos y herramientas para abordar diferentes casos y a su vez aprender de cada uno de los sujetos con los que se tuvo la posibilidad de realizar intervenciones, potenciando la capacidad de empatía.

RECOMENDACIONES

A partir de lo vivenciado en el proceso de prácticas se recomienda:

- ✓ Dar continuidad al proyecto de intervención ejecutado en el marco del proceso formativo, con usuarios asegurados por diferentes EPS, ya que esto posibilita ampliar el impacto que se puede generar con el mismo, siendo un aporte significativo desde Trabajo Social a la propuesta de Hospital Geriátrico que tiene la IPS Universitaria.
- ✓ En la medida de lo posible, se sugiere que se propicie un espacio de empalme entre la practicante que finaliza el proceso y la persona que llega de remplazo, esto con el fin de generar una contextualización a partir de la propia experiencia del momento final de la formación profesional, por esto, es preciso brindar apoyo si es posible en orientación acerca de los trámites administrativos alrededor de un mes previo al inicio de las prácticas.
- ✓ A pesar de las dificultades con el tiempo, se sugiere organizar el cronograma de manera tal que se puedan generar todas las rondas propuestas con cada una de las profesionales, así sea que se realicen modificación en la duración de cada una de estas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, A, Vidal, A, y Neira, J. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. En: *Revista médica de Chile*. Vol. 131. Nº. 9. Chile: SciElo.

Álvarez, G, García, M, y Londoño M. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores En: *Revista CES Derecho*. Volumen 7. Nº 2. (PP. 106 – 125)

Ander, E. (1972). Cómo ayudar se transformó en una profesión. En: *Introducción al Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas. (PP. 95 - 111)

Ander, E. (1972). Qué hacen los Trabajadores Sociales. En: *Introducción al Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas. (PP. 29 – 70)

Aylwin, N, y Solar, M. (2002). Trabajo Social Familiar. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

Bastidas, M, Pérez, N, Torres, J, Escobar, G, Arango, A, y Peñaranda, F. (2009). *El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud*. Recuperado de: http://parquedelavida.co/images/contenidos/el_parque/banco_de_conocimiento/el_dialogo_de_saberes_como_posicion_humana_frente_al_otro.pdf

Cardona, D, Estrada, A, Chavarriaga, L, Segura, A, Ordoñez, J, y Osorio, J. (2008). *Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado*. En: *Revista Salud Pública*. (PP – 414 – 424)

Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100 de 1993*. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República de Colombia (2007). *Ley 1122 de 2007*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2015). *Código de Ética profesional de los Trabajadores Sociales de Colombia*. Bogotá: Grupo Editorial Ibañez.

El Congreso de Colombia (2015). *Ley Estatutaria N° 1751 16 de febrero de 2015*. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

El Congreso de Colombia. (2017). *Ley 1850, 19 de julio 2017*. Recuperado de: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

Entrevista # 1, Marilyn García, Trabajadora Social Clínica León XIII, 20 de junio, 2018. Medellín.

Filardo, C. (s/f) Trabajo Social para la Tercera Edad. En: *Documentos de Trabajo Social*. N° 49. PP (204 – 219)

Flórez, C, Villar, L, Puerta, N, Berrocal, L. (2015). *El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050*. Bogotá, D.C: Editorial Fundación Saldarriaga Concha. PDF

Gil, A.M. (2015). *Redes sociales en el trabajo social*. Apuntes para la praxis profesional. Revista Eleuthera, 12, 181-196. DOI: 10.17151/elev.2015.12.10.

Hernández, A. (s/f). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. México: Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal

IPS Universitaria. (s/f). *Atención al Usuario*. Recuperado de: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/es/pacientes/atencion-al-usuario.html>

IPS Universitaria. (s/f). *Misión – visión*. Recuperado de: <https://www.ipsuniversitaria.com.co/es/quienes-somos/plataforma-estrategica/mision-vision.html>

IPS Universitaria. (s/f). *¿Quiénes somos?* Recuperado de: <https://www.ipsuniversitaria.com.co/es/quienes-somos.html>

IPS Universitaria. (s/f). *9 políticas estratégicas*. Recuperado de: <https://www.ipsuniversitaria.com.co/es/quienes-somos/plataforma-estrategica/politicas-estrategicas.html>

IPS Universitaria. (2016). *Informe de Gestión 2016*. Medellín: IPS Universitaria Servicios de salud Universidad de Antioquia.

IPS Universitaria. (2018) *Modelo de atención Sermás*. Documento PDF. CALIPSU.

Joyners Cuidadores. (2017). *Cómo mejorar la comunicación con personas mayores*. Recuperado de: <https://www.joyners.es/blog/mejorar-comunicacion-personas-mayores/>

Jordán, J. (1981). Palabras de apertura pronunciadas por el doctor José Jordán. En: *Temas de Trabajo Social. 1er Congreso Nacional de Trabajadores Sociales de la Salud*. República de Cuba: Hospital psiquiátrico de la Habana. (PP. 10 -12)

López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. (2013) Contribuciones epistemológicas para la resignificación del concepto de intervención social y profesional desde el Trabajo Social. En: Valderrama, M. Y Vargas, P [Compiladoras]. *Fundamentos teóricos y metodológicos de la intervención en Trabajo Social. Memorias II Seminario Internacional*. Buenos Aires: Lumen Hvmanitas. (PP. 169 - 196)

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%20C3%28DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f). *Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Envejecimiento y vejez*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Munarriz, B. (s/f) *Técnicas y métodos en Investigación cualitativa*. Recuperado de: <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8533/CC-02art8ocr.pdf>

Muñoz, F, Espinosa, J, Portillo J, Rodríguez, G. 2002. La familia en la enfermedad terminal. En: *Medicina de Familia*. Vol. 3, N.º 3. (PP. 190 - 199)

Rodríguez, J, Tabares, V, Silva, E, Sanchoyerto, R, Cervantes, M. (Enero – aril 2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. En: *Panorama Cuba y Salud*. Vol. 9. N° 1. Cuba: Centro de Investigaciones sobre Longevidad Envejecimiento y Salud. PP (35 – 41)

Vargas, P, y Muñoz, N. (2011). *Informe final de investigación. Estado del arte sobre la fundamentación teórica y metodológica de la intervención profesional en Trabajo Social: estudio realizado en cuatro países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile y Colombia) Periodo 1998 – 2008*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Vera. M. (2007) *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (PP 284 - 290)

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma:

MOMENTO	ACTIVIDADES	ABRIL			MAYO			JUNIO	JULIO		AGOSTO			SEPTIEMBRE		OCTUBRE	
		9~13	16~20	23~27	2~11	15~18	21~31	1~29	3~13	16~31	1~17	21~24	27~31	3~21	24~28	1~8	9~12
Inserción al campo	Inducción y contextualización	X	X														
Diagnóstico	Contextualización del campo			X													
	Observación de la dinámica en la Clínica			X	X	X											
Planeación	Definición del objeto de intervención						X										
	Diseño del proyecto							X	X								
Ejecución	Prueba piloto de la entrevista									X							
	Caracterización de la población e identificación de las redes de apoyo										X	X	X				
	Evaluación del proceso											X					
	Educación en cuidados generales a los adultos mayores												X	X			

	Evaluación del proceso educativo												X	X			
Análisis	Análisis de la información														X		
Cierre	Escritura de informe final															X	
	Presentación de resultados y cierre de la práctica																X
Realizado	X																

GUÍA DE ENTREVISTA

Objetivo: conocer las condiciones socio familiares, económicas, habitacional y cultural de los adultos mayores pensionados, pluripatológicos, asegurados por la Nueva EPS que se encuentren hospitalizados.

Dirigida a: adultos mayores que cumplen con los criterios de selección de participantes en el proyecto y sus familias y/o acompañantes.

Preguntas de caracterización:

Nombre:

Estado civil: _____ **Edad:** _____

Cuidador/a principal: _____ **Contacto:**
Enfermedades _____ **diagnosticadas:**

Cuenta con Medicina Domiciliaria: _____

TEMA I: condición socio familiar

¿Con quién vive?

¿Cómo es la comunicación al interior de la familia? (Indagar por cada subsistema)

¿Quién lo acompaña en la clínica?

¿Quién se encarga de sus cuidados? ¿Cuál es su edad? ¿A qué se dedica?

¿Qué dificultades considera que afrontan este momento en su familia?

TEMA II: condición económica

¿Quién es el proveedor económico de la familia?

¿Cuáles son los ingresos en la familia? ¿Cuáles son los gastos?

¿Quién administra la pensión?

¿En qué invierte su ingreso pensional?

¿Cuánto invierten en su cuidado con su pensión?

TEMA III: condición habitacional

¿En qué barrio vive?

¿La vivienda es propia, arrendada, prestada o la están pagando?

¿Qué servicios públicos tiene? ¿En qué modalidad?

Describa por favor su vivienda (material construida, condiciones)

TEMA IV: condición cultural

¿Practica algún credo religioso?

¿Para usted qué es la vejez?

¿Cómo se ha sentido en su proceso salud enfermedad?

¿Qué le ha parecido la atención en la Clínica?

ANEXO 3

FORMATO DE EVALUACIÓN

Objetivo: conocer la percepción de los participantes del proceso formativo en cuidados generales de los adultos mayores frente al mismo.

Le solicitamos amablemente responder las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo califica la información recibida?

Excelente ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___

2. ¿Cuánto cree que le aporta la información recibida?

Mucho ___ Poco ___ Nada ___

3. ¿Qué considera que le aporta este encuentro? ¿Qué considera que aprendió para fortalecer su relación con el paciente?

Muchas gracias por su atención y participación.