

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
DEL ADULTO MAYOR EN LAS COMUNAS 7-8 DEL MUNICIPIO DE
VILLAVICENCIO.

BELSSYT ALEXANDRA AVILA ARIZA
CODIGO: 130003202
DIANA PATRICIA CASTELLANOS PEREZ
CODIGO: 130003204

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
VILLAVICENCIO - META
2016

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
DEL ADULTO MAYOR EN LAS COMUNAS 7-8 DEL MUNICIPIO DE
VILLAVICENCIO.

BELSSYT ALEXANDRA AVILA ARIZA
CODIGO: 130003202
DIANA PATRICIA CASTELLANOS PEREZ
CODIGO: 130003204

Dirigido Al Comité De Centro De Proyección Social como opción de grado para
optar al título profesional de enfermero

Asesora
EMILCE SALAMANCA RAMOS
Docente Programa de Enfermería
Enfermera Magister en Enfermería

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
VILLAVICENCIO - META
2016

Nota De Aceptacion

Firma Presidente Del Jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Villavicencio, 12 De Septiembre Del 2017

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la docente Emilce Salamanca Ramos y a la Universidad de los Llanos por su apoyo en el desarrollo de este proyecto de proyección social.

CONTENIDO

Pág

INTRODUCCIÓN	9
1.JUSTIFICACION.....	11
2.OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GENERAL (SEGUNDA FASE).....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
3.DIAGNOSTICO SITUACIONAL	13
4.REVISION LITERARIA	21
4.1 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y EL ENVEJECIMIENTO..... SALUDABLE.....	21
4.2 PROMOCION DE LA SALUD	22
4.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR	23
4.4 PROFESIÓN ENFERMERÍA Y EL ADULTO MAYOR	24
5.NORMATIVIDAD EN COLOMBIA.....	28

6.PLAN DE ACCIÓN DESAROLLO	29
6.1. PARTICIPACIÓN DE LOS LÍDERES.....	29
6.2. ENCUENTRO DE TRABAJOS GRUPALES	29
6.3. DESARROLLO DE CONTENIDO	29
6.4. DURACIÓN DEL PROYECTO.....	29
7.IMPACTO LOGRADO.....	31
8.LIMITACIONES.....	32
9.CONCLUSIONES	33
10.RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35

LISTAS DE TABLAS

Pág

Tabla 1.....17

Tabla 2.....18

Tabla 3.....28

LISTA DE FIGURAS

Pág

Figura 1.....27

INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto a sí mismas, de sus familias y su sociedad, con entorno inmediato y con las futuras generaciones. Cuando se habla de envejecer las personas lo hacen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante el curso de su vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente se considera a una persona adulta mayor a aquella que tenga 60 años o más de edad. (1)

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en los estilos de vida de la población y tiene repercusiones significativas en la calidad de vida. Para esto se implementó un programa para fortalecer la promoción de la salud para el adulto mayor en Villavicencio, en el segundo semestre del 2016 junto con el personal capacitado de los centros vida de las instituciones participantes, con el fin de fomentar estilos de vidas saludables y fortalecer las conductas promotoras de la salud de esta población. El programa fortaleció el trabajo intersectorial e interdisciplinario que se requiere para realizar dicha estrategia (2).

La presente propuesta es el diseño y la implementación de un programa para fortalecer la promoción de la salud en el adulto mayor en la ciudad de Villavicencio, se proyectó para realizarlo durante el primer periodo académico del 2016 (fase I) y el segundo periodo académico del 2016 (fase II). El siguiente trabajo de proyección social se enfocará en la fase número dos en donde se pretende la elaboración de un Programa Estilo Promotor de vida saludable para el adulto mayor, en conjuntos con el grupo de personal capacitado de las instituciones participantes, en el transcurso del segundo periodo académico del 2016.

Así mismo en el desenlace de la fase dos, se irá fortaleciendo los conocimientos y prácticas de enfermería, a través del estudio científico y experiencias con el adulto mayor participante. Para efectuar dichas acciones se hará una planificación de estrategias con un enfoque en la prevención primaria, con un programa de estilos de vida saludables para el adulto mayor de las comunas 7 y 8 del municipio de Villavicencio, el cual se desarrollará en este segundo semestre del año 2016. Se tendrá participación del personal capacitado de los Centros de Vida a intervenir.

CLASIFICACIÓN DEL CAMPO DE PROYECCIÓN SOCIAL SEGÚN ART. 6° DEL ACUERDO 021/02.

El cumplimiento de los objetivos y políticas de proyección social en la Universidad se realizan en diferentes acciones, pero en el presente proyecto encontraremos las siguientes:

- ✓ Prácticas y proyectos comunitarios: Son la materialización del compromiso de la Universidad con la sociedad y buscan la articulación de los conocimientos a situaciones concretas, con el fin de lograr la validación de saberes, el desarrollo de las competencias profesionales, y la atención directa a las necesidades del medio.
- ✓ Educación Continuada: Conjunto de actividades académicas debidamente organizadas, ofrecidas con el objeto de ofrecer, complementar y actualizar conocimientos, no conducente a título y sin sujeción a los niveles y grados establecidos en el Sistema Colombiano de Educación Formal.
- ✓ Presencia Institucional: La Universidad está presente en los diferentes ámbitos, generando espacios que correspondan con su quehacer académico y social.
- ✓ Planeación y gestión: Diseño y desarrollo de estrategias que permitan el fortalecimiento del quehacer institucional y el desarrollo de las comunidades.
- ✓ Asesorías: Acciones de apoyo o acompañamiento desde el conocimiento y la experiencia académica para la solución de problemáticas previamente identificadas y la toma de decisiones.
- ✓ Eventos: Formas de difusión y circulación del conocimiento y competencias académicas de la Universidad, con relación a diversas temáticas y problemáticas.(3)

Tiene como fin el programa de salud, instruir a los líderes de estos Centros Vida para convertirlos en multiplicadores de conocimiento con respecto a la adecuada promoción de la salud de sus integrantes, adultos mayores. Esto no solo les servirá a ellos sino que al trabajar con las familias de estos individuos la propagación positiva podrá llegar hacer mayor.

1. JUSTIFICACION

La promoción de la salud desde el enfoque de la Carta de Ottawa, determina la responsabilidad propiamente del usuario en cuanto al autocuidado de su salud, pero a su vez reconoce que no todo depende del individuo, debido a que el estado debe brindar políticas públicas que velen por prestación de servicios de calidad que garantice la promoción de la salud en los adultos mayores con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Así mismo encontramos que cada una de estas políticas debe responder a las necesidades básicas del adulto mayor plenamente identificado, teniendo en cuenta como principal medida el contexto ambiental y los cambios ambientales que desfavorecen la calidad de la salud. (4)

Los programas de promoción de salud en adultos mayores tienen múltiples beneficios para ellos: incrementan la actividad física; incrementan el autocuidado y la capacidad de desarrollar sus actividades en forma independiente; aumentan los contactos sociales y previenen enfermedades. Los adultos mayores son receptivos a las actividades de promoción de la salud, porque quieren tener buena calidad de vida y ser independientes; todas las actividades de promoción dirigidas a ellos son efectivas cuando se detectan tempranamente los problemas, la visita domiciliaria es una excelente estrategia (5).

Se debe tener en cuenta que la capacidad de los ancianos para realizar actividades de la vida diaria dependen totalmente de la salud que gozan, el nivel socioeconómico, y las preferencias personales es necesario la creación de espacios que fortalezcan este tipo de gustos, decisiones entre los que se podrían manejar, la jardinería, la lectura, manualidades, actividades que permitan al adulto permanecer ocupado y a su vez estar bien, estar a gusto y con un entorno agradable. (5)

Este trabajo se realizó en el municipio de Villavicencio, directamente con los adultos mayores que se encontraron registrados en cada uno de los centros vida con los que cuenta este municipio, con quienes se trabajó en la creación de un programa a fin de mejorar la calidad de vida por medio del autocuidado y estilos de vida saludables. La propuesta es fortalecer la práctica de ejercicio físico a fin de mejorar la fuerza muscular, la resistencia y la estabilidad de los adultos mayores, esta actividad es una estrategia para el aumento de la habilidad y desenvolvimiento de los adultos mayores en la realización de actividades de la vida diaria y la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL (SEGUNDA FASE)

Diseñar de un Programa Estilo Promotor de vida saludable para el adulto mayor en la comuna 7 y 8 de municipio de Villavicencio, junto con el grupo que recibió el curso de las instituciones participantes en la primera fase de este Macro proyecto educativo.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar los estilos promotores de salud de los adultos mayores en las comunas 7 y 8, teniendo en cuenta el modelo de promoción de la salud de la teorista de Nola Pender.

Elaborar una propuesta de programa que fomente los estilos de vida promotores de salud para los adultos mayores en la comuna 7 y 8, desde los lineamientos de la política pública y las condiciones de salud que se identificaron en los Centros Vida.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

3.1. EL CONTEXTO A NIVEL MUNDIAL Y NACIONAL.

A lo largo del tiempo se evidencia un aumento progresivo de la población, especialmente del grupo de los adultos mayores, lo que representa para el país un desafío en cuanto a políticas sociales y recursos se refiere. Esta transformación demográfica genera gran impacto en el desarrollo social, político y económico, así como en la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y las dinámicas de los procesos sociales, y de cohesión social. Existe un aumento evidente de la población adulta mayor, especialmente el porcentaje de los más viejos: mientras la población general incrementa 1.9%, promedio anual la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%, más de la mitad de los mayores de 60 años son pobres, al igual que en el resto de América latina. Sin embargo se ha visto cómo los hogares que tienen adultos mayores están relativamente mejor que los que carecen de ellos. (2)

Al brindar al adulto mayor una atención integral hay que tener en cuenta que se deben incluir diferentes servicios que se ofrecen en los centros vida, los cuales están orientados a garantizarle como mínimo la satisfacción de sus necesidades como lo son la alimentación, salud, interacción social, deporte, cultura, recreación y actividades productivas (6). Teniendo en cuenta la situación en que se encuentra el adulto mayor que ha sido establecida mediante los estudios realizados acerca de la vulnerabilidad del adulto mayor de los hogares geriátricos en Villavicencio Meta en los años 2009-2010 se encontró:

Respecto al nivel de escolaridad el 5% de la población en estudio, culminó sus estudios de bachillerato, de estos el 3% fueron hombres; el 11% hizo primaria completa, de ellos el 7% fueron hombres. El 31% es analfabeto, estas cifras indican bajo nivel cultural y por ende deficientes comportamientos saludables, posiblemente viéndose esto reflejado en que el 42% de la población fue ex fumadora. El 39% tuvo exposición al humo de leña debido a las labores del hogar y el 6% fue fumador pasivo. Estos hábitos se han presentado durante toda la vida, ya sea a corto o largo tiempo de exposición, muchas veces son aprendidos de generación en generación, e influyen significativamente en el ciclo vital individual (7).

Con base a este estudio el 98% de los adultos mayores no lograron pensionarse, solo obtuvieron este beneficio el 2% mediante su trabajo o por la muerte de su conyugue que estaba pensionado (pensión por sustitución), aumentando la

dependencia económica por parte de la familia en un 28%.Viéndose en la obligación de vincularse a programas de protección de la tercera edad (subsidios) en el cual el 72% de la población son beneficiarios de estos. (7)

Analizando el estado civil el 65% son solteros, pero en algún momento de la vida convivieron con una pareja, pero no establecieron un hogar y el 12% son viudos. En el apoyo familiar el 72% de los adultos no reciben apoyo de sus familiares (hijos, hermanos etc.); solo el 28% si lo recibe. Y la mayoría de este es solamente económico, siendo algo insuficiente ya que no se les brinda el cariño, amor y afecto necesario para este ciclo vital creando vacíos en su parte emocional, siendo esta importante en esta etapa de su vida sintiéndose solos desviándose a buscar la protección de una institución que satisfaga algunas de sus necesidades (7).

Algunos Departamentos y municipios del país están fortaleciendo las políticas en pro del adulto mayor, con el fin de mejorar la inclusión del envejecimiento y la vejez como aspectos de una política de desarrollo social que se deberían mejorar en Villavicencio. Este factor asociado al envejecimiento, bajo nivel de escolaridad, hábitos poco saludables, los hace vulnerables a presentar morbilidades físicas y mentales (8). En el momento previo a la internación el 57,1% de los adultos mayores tenían familia y el 42.9% vivían solos. Por lo cual estos se internan por motivos sociales en un 50.6%. La principal razón fue el abandono en un 41.8%. En segundo lugar se ubican los motivos familiares en un 25.6% relacionado con la incapacidad de la familia debido a la ocupación de cada uno de los miembros de la familia en un 65%, problemas intrafamiliares 17.5%, muerte o enfermedad del cuidador 10% y falta de preparación del cuidador 7.5% (8).

En tercer lugar, los motivos somáticos con 23.8% caracterizado principalmente por el deterioro mental 43.3%, físico 32.4% y, el 24.3% por dependencia a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (8).

En relación a la percepción del adulto mayor sobre su estado de salud, se observó que el 49.74% de la población en estudio se siente saludable. El 35.67% de los hombres y el 11.55% de las mujeres entrevistadas refirió no sentirse saludable. Dentro de estos factores están las pluripatologías, la polifarmacia y el grado de dependencia para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria esto asociado a que a lo largo de los años se ha equiparado la vejez con la enfermedad y de ahí resulta que la mayoría de los adultos mayores interpreta su salud como mala. (9)

En cuanto a la salud mental se encontró que el 46.22% del total de la población padece de patologías que comprometen el estado neurológico dentro de las que se encuentra la depresión leve en un 32,7% (9).

Se valoró el estado nutricional donde se encontró que el 12,6% se encuentran con bajo peso, el 79,7% tienen peso normal, El 7,9% con sobrepeso y obesidad grado

El 0,5% según el índice de masa corporal (IMC). Cabe resaltar que gran parte de los adultos mayores mantienen un peso adecuado lo cual reduce graves problemas de salud como cardiopatía, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, venas varicosas, entre otros. El aumento de morbilidad en la población con IMC menor de 22.5 kg/m se debe especialmente a enfermedades relacionadas con consumo de tabaco (9).

En cuanto a la prevalencia de la morbilidad, se encontró que la población masculina se enferma más que la femenina, excepto en la demencia en la que las mujeres tienen un porcentaje del 40.47%, frente al de los hombres con el 22.06%. El mayor porcentaje de enfermedades que padecen los sujetos de estudio corresponde a las enfermedades cardiovasculares que impactan en mayor proporción al adulto mayor, ya que constituyen un 47.23% del total de morbilidades, de los cuales más del 38% corresponde a la hipertensión y el 9% restante a la falla cardíaca. En el caso de los trastornos metabólicos, no puede evitarse la asociación entre la diabetes y las infecciones respiratorias crónicas IRC, pues la primera conduce a la segunda y el porcentaje que les corresponde no es insignificante (11.05% y 6.03% respectivamente) (10).

La prevalencia altamente significativa de las enfermedades crónicas en los adultos mayores representa sin lugar a dudas una de las razones por las cuales su autopercepción del estado de salud tiende a ser negativa con la situación especial vivida.

Se destaca que el 54.8% de la población se encuentra vacunada contra la influenza, siendo esto un factor protector para la población en general, pues esta enfermedad tiene una mortalidad considerable en mayores de 60 años y su fácil adquisición y diseminación representa un riesgo para todos los adultos mayores que viven en comunidad, de acuerdo a las afirmaciones del Ministerio de Protección Social consignadas en la Norma Técnica para la detección de alteraciones en el adulto. (11)

Se debe direccionar el enfoque a su salud, con la ayuda de los profesionales para promover un estado saludable, mediante estrategias y políticas de promoción y prevención de la salud modificando los diferentes hábitos de vida saludables, estilos de vida, sedentarismo, el autocuidado para empezar a construir una barrera de protección contra las enfermedades no transmisibles deteniendo su crecimiento desmesurado siendo esta una de las poblaciones con más prevalencia de estas enfermedades, la atención integral que se le debe brindar al adulto mayor incluye diferentes servicios que se ofrecen en los Centros Vida, orientados a garantizarle como mínimo la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, interacción social, deporte, cultura, recreación y actividades productivas. Partiendo de la situación en que se encuentra el adulto mayor la que ha sido establecida mediante los estudios realizados acerca de la vulnerabilidad del adulto mayor de los hogares geriátricos en Villavicencio Meta en los años 2009-2010.(12)

La ciudad de Villavicencio para el año 2010 conto con una población de 27.736. El Programa de Protección Social al Adulto Mayor es una iniciativa de asistencia social que consiste en un subsidio económico que es entregado en efectivo y en servicios sociales complementarios, en la modalidad directa, y en servicios sociales básicos y efectivos, en la modalidad indirecta.(13)

Mediante el programa revivir creado en 1994 se desarrollan las acciones de promoción, protección y desarrollo del grupo poblacional de adultos mayores, la Oficina Asesora de Participación Ciudadana, se encarga de direccionar los programas de protección al adulto mayor través de la Coordinación del Programa Protección Social al Adulto Mayor, dentro de esta entidad se desarrollan diferentes programas que aseguran la calidad de vida del adulto mayor, de los cuales se pueden destacar los siguientes.(12)

Programa protección social al adulto mayor. Este programa es direccionado por el Ministerio de la Protección Social, el cual busca mitigar en gran parte las necesidades básicas insatisfechas de este grupo poblacional mediante un subsidio económico equivalente a \$150.000, pagaderos cada dos meses. En la actualidad el Municipio cuenta con 2220 cupos de los cuales el 100% están copados.

Ayudas técnicas volver a caminar. La Administración Municipal ha liderado el proceso de ayudas técnicas ante el Ministerio de la Protección Social, las cuales van dirigidas a los adultos mayores que como mínimo tengan 52 años (mujeres) o 57 años (hombres) con diversidad funcional. Las ayudas son: Sillas de ruedas, Sillas para baño, Colchones antiescaras, Cojines antiescaras, Muletas, Caminadores, Bastones de apoyo.

Desde los Centros Vida. Villavicencio a través de los centros día proporciona atención integral durante el día para los adultos mayores con el fin de mejorar su calidad de vida y su bienestar. Esta actividad se desarrolla con la participación de las diferentes asociaciones, organizaciones y comunidad en general, las cuales permiten focalizar a los posibles adultos mayores beneficiarios del proyecto, los cuales deben ser mayores de 60 años, estar en el sisben nivel 1 ó 2 (12).

3.2. DIAGNÓSTICO DE LOS ADULTOS MAYORES DE LAS COMUNAS 7 Y 8 DE LOS CENTRO VIDA DE LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO.

Caracterización de la población: La ciudad se ubica dentro del Departamento del Meta, departamento que junto al Vichada, Arauca, Casanare, Guainía y el Guaviare conforman los Llanos Orientales. El municipio se encuentra dividido en 8

comunas, 235 barrios (de los cuales 32 son legalizados), 101 asentamientos, 2 zonas de invasión, 7 corregimientos y 61 veredas en total

A partir de la década de los 60, se inicia el proceso de construcción y ocupación de este territorio comuna 7 con la fundación del barrio la Esperanza, en los 70 con el establecimiento y autoconstrucción del barrio Comuneros y la fundación del barrio los Centauros, en los 80 con la creación del barrio la Alborada con personas provenientes de departamentos como: Tolima, Huila, Cundinamarca y valle del cauca.

En cuanto a la cantidad de habitantes, esta comuna se ubica en el puesto número 3 de mayor a menor, con 53.165 personas para el año 2005 y un incremento del 2.51 % para el año 2006 con 54.500 habitantes, siendo este el mismo crecimiento a nivel municipal este crecimiento se puede explicar según la encuestada aplicada, partiendo de que en los últimos tres años el 65% de esta población ha vivido siempre allí, que solo el 11,83% proviene de otro departamento y que el 23% de la población ha vivido en lugar de la ciudad o en otro municipio del Meta, siendo la movilización producto de buscar trabajo y mejorar ingresos familiares.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la comuna 7 y 8 de la población adulta mayor de la ciudad de Villavicencio.

	Comuna siete		Comuna ocho		total	
Sexo	N	%	N	%	N	%
Masculino	10	13.3	20	8.8	30	33.3
Femenino	20	22.2	40	44.4	60	66.7
Total	30		60		90	100,0
Nivel educativo	N	%	N	%	N	%
Sin estudio	7	7.7	13	14.4	20	22.2
Primaria completa	12	13.3	29	32.2	41	45.5
Primaria incompleta	4	4.4	10	11.1	14	15.6
Secundaria completa	4	4.4	5	5.5	9	10
Secundaria	3	3.3	3	3.3	6	6.7

incompleta			
Total	30	60	90100,0
Red de apoyo	N%	N%	N%
Esposo	910	1820	2932.2
Hijos	1112.2	1820	3134.5
Otros	1011.1	2426.6	3033.3
Total	30	60	90100,0
Ocupación	N%	N%	N%
Hogar	1617.7	3134.4	4752.2
Empleado		44.4	44.5
Independiente	88.8	1213.3	2022.2
Desempleado	66.6	133.3	1921.1
Total	30	60	90100,0
Ingresos mensuales	N%	N%	N%
Menos de un salario mínimo	2325.5	5662.2	7987.8
Un salario mínimo	66.6	22.2	88.9
Dos salarios	11.1	11.1	22.2
Más de dos salarios		11.1	11.1
Total	30	30	90100,0
Total	30	60	90100,0

Fuente: Elaboración propia

La población de estudio fue mayoritariamente del sexo femenino (66,7%), En el nivel de escolaridad destaca que el mayor porcentajes corresponden a primaria completa con un (45.5%), la población vive más de 10 años en la ciudad de Villavicencio con un valor (85,6%), donde la procedencia es de diferentes lugares con un valor de (48,9%) siendo desplazados un (14,4%) y no desplazados (86,6%).El tipo de vivienda es propia (54,4%) y vive con un familiar (16.7 %), estado civil viudo (26.6%) y casado (24.5%), el estrato social que

predomina es el nivel uno (71.1%) y 2 (13,3%), la ocupación más presente en el estudio es el hogar (52.2%) y empleado (4.5%), ingresos mensuales son menos de un salario mínimo (87.8%) , no accede a pensiones (91.1%) y si accede a una pensión (8.9%), afiliado a una EPS subsidiado (88.9%) y no asegurado (5.5%) y un número muy importante no cuenta con una pensión (88.9%).

3.2 Estilos promotores de salud.

Tabla 2. Estilo de vida promotor de salud de la comuna 7 y 8 de la población adulta mayor de la ciudad de Villavicencio.

Comuna	Variables	n	Media	D.E	Min	Máx.	P (95)
7-8	Responsabilidad en salud	90	19,97	4,99	10	33	31
7-8	Actividad física	90	15,37	4,70	8	27	24
7-8	Nutrición	90	19,80	3,73	12	28	26
7-8	Crecimiento espiritual	90	23,62	4,90	14	35	32
7-8	Relaciones interpersonales	90	21,80	4,40	11	33	29
7-8	Manejo de estrés	90	18,93	4,01	10	28	26
Total EVPS	Total	6	19,92	2,79	15	24	24

Fuente: Elaboración propia

Al explorar los Estilos de vida promotor de salud de la población estudiada según las comunas correspondientes, se encontraron diferencias significativas a nivel de Estilo de vida promotor de salud en su medición global y en las subescalas Relaciones Interpersonales 21,80% Nutrición 19,80% Manejo del Estrés 18,93%y Crecimiento espiritual 23,62%, Actividad física 15,37%, Responsabilidad en salud 19,97%.

Donde se encontró que actividad física es la más afectada en los adultos mayores de estas comunas encontrándonos con 15,37% comparando estos resultados con un estudio que se realizo 3 municipios de ciudad de La Habana durante 1994-1997 donde se obtuvo que el 76,9 % de la muestra no realizaba ninguna clase de ejerció, solo el 23,8 % practicaba ejercicios físicos.(5) , teniendo en cuenta que el ejercicio ayuda a los individuos en el rendimiento físico; disminuye los riesgos de obesidad, ataques al corazón, diabetes, hipertensión y aumenta el bienestar psicológico, reduce los riesgos de depresión, y mejora el humor así como el auto-concepto y la autoestima de dicha población.

En la dimensión crecimiento espiritual los resultados que reporta existe una conducta de crecimiento espiritual alto 23,62%, puesto que los adultos mayores sienten que su vida tiene propósito, creen un ser superior, sentirse en paz consigo mismo produce tranquilidad lo qué indican que los adultos mayores se centra en el desarrollo de los recursos internos, armonía, la integridad, el bienestar y su crecimiento espiritual, revelando el desarrollo de los recursos internos, que se logra a través de trascender, la conexión y el desarrollo, mediante los cuales se busca el equilibrio, la paz interior y abre la posibilidad de crear nuevas opciones para ser algo más de lo que el ser humano se propone diariamente en el trabajo “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica”, encontramos que su importancia al igual que en la del presente estudio, radica en que es uno de los medios que tiene el ser humano para hacer frente a las dificultades y/o angustias que pasan a lo largo de su vida y encontramos que esta espiritualidad crece junto a la religiosidad de cada uno de ellos

4. REVISION LITERARIA

4.1 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

A nivel general el envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y genera cambios a nivel fisiológico, físico, mental, individuales y colectivos (13), para comprender la situación que atraviesa el adulto mayor y la población general que abana hacia la vejez es necesario conocer las perspectivas conceptuales del envejecimiento y la vejez.

Enfoque biológico: Este enfoque la vejez siempre es entendida como un proceso de desgaste progresivo que culmina con la muerte, Según la CEPAL (2012) (14) el envejecimiento se da de manera programada, los cuerpos envejecen de acuerdo con un patrón de desarrollo normal establecido por cada organismo. A su vez se deriva la teoría de desgaste natural que supone la vejez como resultado de los agravios acumulados en el cuerpo.

Enfoque social: Las teorías sociales tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad. Entre ellas están: la teoría de la desvinculación o la de la disociación, las cuales consideran que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez. El adulto mayor aumenta su preocupación por sí mismo, disminuyendo el interés emocional por los demás, acepta con agrado su retiro y contribuye voluntariamente a él (15). Sin embargo la teoría de la actividad afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización; quienes viven esto tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida; la teoría de la continuidad plantea que el comportamiento de la población adulta mayor está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores de la vida. Esta perspectiva puede verse como un incentivo para la movilización a promover estilos de vida saludables que favorezcan la felicidad (16)

Enfoque familiar: Al contrario del anteriormente expuesto el entorno familiar del adulto mayor, refleja el momento en el que el adulto pierde parte en parte su red de apoyo dado a que por lo general los hijos mayores del individuo forman su propio hogar y limitan su cercanía con sus padres a visitas ocasionales, de otra parte para el caso del adulto mayor que convive con sus hijos se siente

subvalorado e inútil por el frecuente trato discriminativo dentro del núcleo familiar. Por esto es importante fortalecer el soporte familiar del adulto mayor mediante estrategias de convivencia y vinculación emocional, a su vez es fundamental crear redes de apoyo con vecinos y amigos.

Teniendo en cuenta estas definiciones es importante destacar el envejecimiento y la vejez como procesos con un factor en común que es la influencia de los determinantes de salud en los patrones de envejecimiento – bienestar del adulto mayor, aun cuando el papel biológico y hereditario juegan un papel preponderante en las enfermedades que puede desarrollar el adulto mayor, las condiciones en las que este se desarrolle, las redes de apoyo y la conducta del mismo determinan la residencia física y psicológica y la adaptación social que el individuo pueda lograr.

Es importante abordar las temáticas desde los cambios sociales, psicológicos, fisiológicos y funcionales en el adulto mayor y fortalecer los factores protectores de la salud durante el ciclo vital y los estilos de vida saludable. Así como evaluar los factores protectores y de riesgos individuales familiares, sociales y del entorno. Finalmente abordar el cuidado de sí mismo como estrategia de autonomía y envejecimiento saludable. La sexualidad en el adulto mayor y la relación de pareja, la espiritualidad y trascendencia en el adulto mayor, salud y promoción de la independencia y la autonomía de los adultos mayores e Inmunizaciones rol social o de participación en la comunidad determinan y caracterizan a las personas mayores. Sin embargo es de importancia recalcar la idea de que la experiencia y los logros alcanzados por una persona en esta etapa del ciclo de vida cumplen un papel importante en el proceso de desarrollo humano y de calidad vida, y logran la sensación de satisfacción del trayecto de vida mismo.

4.2 PROMOCION DE LA SALUD

Entre las definiciones clásicas de la promoción de la salud la carta de Ottawa precisa la promoción como las acciones consistentes en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas” (17). De esta manera dado que el concepto de salud como bienestar y calidad de vida trasciende la idea de la ausencia de la enfermedad, la promoción de la salud es

exclusiva de los sistemas de salud, al contrario debe visualizarse de manera integral y de manera intersectorial.

4.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR

Con el aumento de la esperanza de vida, los adultos mayores representaran una gran parte de la población a nivel mundial, debido a esto es necesaria la creación e implementación de programas de promoción y prevención que lleven al adulto mayor a conductas sanitarias saludables para garantizar una vejez activa, con calidad de vida y con impacto positivo dentro de los sistemas de salud. En una revisión realizada por Mauro Brigeiroa y publicado por la universidad de Antioquia resalta la importancia de los programas de promoción de la salud como el camino gestor de políticas que puede hacer la diferencia entre el envejecimiento común y el envejecimiento exitoso, siendo este último en donde el paciente minimiza sus posibilidades de enfermar, potencializa sus aptitudes y aumenta su calidad de vida. De otra parte la OMS plantea la guía de Ciudades Amigables con el Adulto Mayor, dentro de la cual resalta la importancia del apoyo comunitario y los servicios de salud integrales para el adulto mayor. Dentro de este documento se resaltan algunas características que deben ofrecer los sistemas de salud al adulto mayor. De otra parte la OMS plantea la guía de Ciudades Amigables con el Adulto Mayor, dentro de la cual resalta la importancia del apoyo comunitario y los servicios de salud integrales para el adulto mayor. Dentro de este documento se resaltan algunas características que deben ofrecer los sistemas de salud al adulto mayor. (18)

- Atención de salud accesible. contar con servicios de salud correctamente ubicados, de fácil acceso es de importancia fundamental para las personas mayores en todas las ciudades colaboradoras.
- Gama más amplia de servicios de salud. En todas las ciudades, las opiniones de las personas reflejan la necesidad de una gama más amplia de servicios de salud para personas mayores. La disponibilidad de diversas formas de cuidado específico para las personas mayores surge ya sea como una ventaja o como una brecha en el panorama urbano: se hace referencia a los servicios de clínicas geriátricas, servicios de salud mental, cuidado aliviador, y capacitación para cuidadores. Junto con los servicios, se recomienda fortalecer la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, el cuidado domiciliario, y las instituciones de larga estadía para personas mayores.
- Servicios para envejecer bien. Las personas mayores y otras personas en

varias ciudades informan sobre la falta de servicios o programas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, o bien incluyen estos servicios entre las sugerencias para mejora. La lista de servicios importantes incluye selección preventiva, actividad física, educación sobre la prevención de lesiones, guía nutricional, y asesoramiento sobre salud mental.

Una red de servicios comunitarios. El alcance de los servicios sociales comunitarios y la manera en que se proveen varían enormemente de una ciudad a otra. En algunas ciudades, en especial en los países desarrollados, el gobierno provee o financia servicios sociales. En otros lados, se informa que los servicios de apoyo son suministrados principalmente por las familias, instituciones religiosas, organizaciones de caridad o grupos comunitarios. Entre los servicios ofrecidos por la comunidad, se expresa el aprecio por comidas más económicas para personas mayores en restaurantes en Río de Janeiro y en Ginebra y ayuda con las jubilaciones y pensiones y otros derechos en Jamaica (13).

4.4 PROFESIÓN ENFERMERÍA Y EL ADULTO MAYOR

La enseñanza de los procesos de envejecimiento saludable y el papel crítico y fundamental de la enfermería en su cuidado y promoción, requiere de un marco conceptual y operativo que puede resumirse en las siguientes prioridades para la educación en enfermería (19):

- Articular las políticas, los programas de salud y la oferta básica de servicios de las áreas de educación, salud y desarrollo social, a fin de producir convergencias que reducen en mejorar la pertinencia y adecuación de los planes de estudio de las carreras de enfermería.
- Flexibilizar los planes de estudios para adaptar sus contenidos a los cambios en los perfiles epidemiológicos y del sistema de salud que se produzcan en cada país o región.
- Realizar coordinación interuniversidades y con organismos gubernamentales y no gubernamentales a fin de llevar adelante en forma conjunta la elaboración, ejecución y evaluación de programas de salud del adulto mayor, que a su vez sirvan de marco referencial para la enseñanza contextualizada de la enfermería en salud del adulto mayor. Esto permitiría a su vez colocar al sistema formador en un rol protagónico en la promoción del envejecimiento activo y saludable.

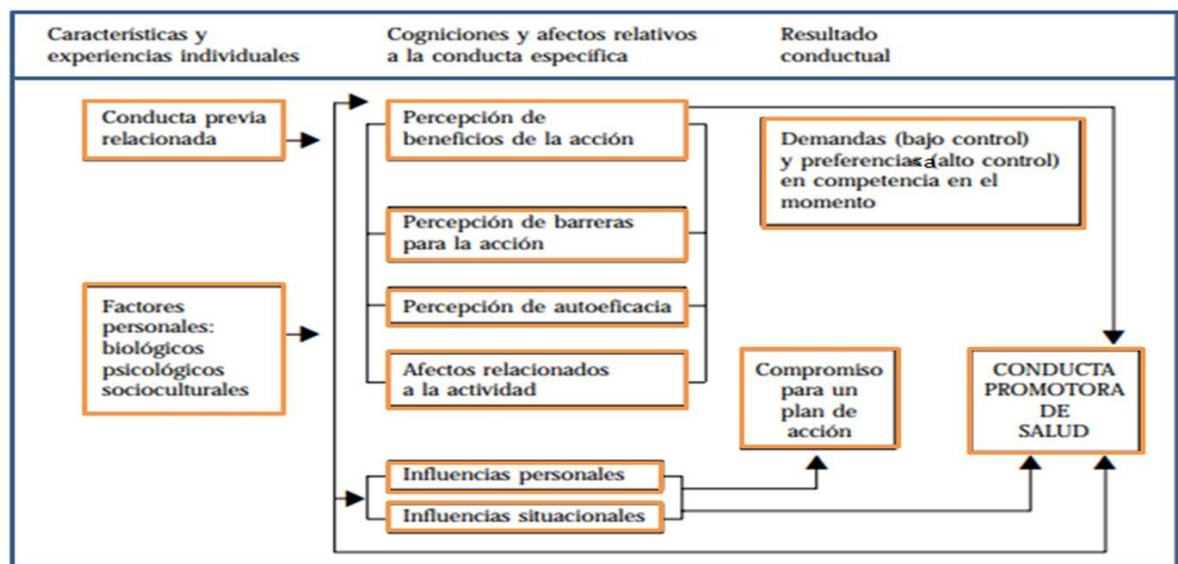
- Fortalecer la enseñanza de la propuesta de atención primaria de salud renovada como base para la continuidad, equidad e integralidad de servicios de salud al adulto mayor, con énfasis en las actividades específicas de enfermería en el primer nivel de atención orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Desarrollar programas de capacitación tanto para la atención e internación domiciliaria y en instituciones de larga estadía, como para la atención de la urgencia, considerando que las primeras constituyen un espacio natural de liderazgo de enfermería.
- Asegurar que se adquieran conocimientos clínicos y epidemiológicos y capacidades clínicas para la atención integral del adulto mayor, garantizando la satisfacción de sus necesidades físicas, emocionales, sociales, espirituales, culturales y de salud en todos los niveles de prevención y de atención.
- Incorporar metodologías educativas innovadoras, participativas y a distancia que motiven a un mayor número de estudiantes para dedicarse a la atención de este grupo etáreo.
- Impulsar estrategias de vanguardia en la capacitación de los recursos humanos, en especial las nuevas tecnologías de la información.
- Incluir a los adultos mayores en la formación en gerontología de los estudiantes de enfermería, como modalidad para la revalorización del potencial de ese grupo para consigo mismo y para la comunidad. Revalorizar la participación activa del adulto mayor en los servicios de salud.
- Promover la participación activa del estudiante de enfermería y del enfermero asistencial que trabaja con adultos mayores, en programas de investigación tendientes a generar conocimiento sobre la situación de salud, del sistema de salud y de la práctica profesional, así como para el análisis crítico de la realidad de los mayores en su comunidad y de sus condicionantes socioeconómico-políticos y culturales.
- Promover la visualización de la problemática de la salud del adulto mayor como una responsabilidad de la enfermería. El enfermero puede ofrecer cuidados de calidad de alto impacto en la salud del adulto mayor, con excelentes resultados.
- Prever una formación que apoye a la enfermera a liderar acciones de voluntariado social como aporte a la planificación adecuada de los

servicios requeridos por este grupo de población y la calidad de vida del mismo.

- Enfatizar el valor de las iniciativas de enfermería en la generación de servicios de cuidados en los distintos ámbitos: centros de cuidados diurnos, refugios nocturnos, viviendas protegidas, casas de cuidados a largo plazo, servicios de ayuda domiciliaria, y otros, que promuevan el mantenimiento de los vínculos familiares del adulto mayor.
- Fortalecer en los estudiantes las habilidades de búsqueda de financiamiento para programas de extensión a la comunidad y/o asociaciones profesionales que tiendan a mejorar el cuidado de la salud de los adultos mayores.
- Estimular la creatividad en los estudiantes para el diseño de materiales didácticos, programas recreativos, sociales y educativos dirigidos al adulto mayor.
- Promover la inclusión y abordaje de la problemática del envejecimiento a nivel gubernamental y determinar compromisos en las unidades académicas.
- Contribuir al mejoramiento de las ofertas de formación de posgrado tanto en la especialidad como en las maestrías interdisciplinarias y disciplinares de enfermería en el adulto mayor.
- Organizar grupos de estudios y de investigaciones relacionados a los problemas de los adultos mayores en los distintos países, posibilitando investigaciones multicéntricas.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario e intersectorial como estrategia que posibilite mayores avances en el campo de la salud del adulto mayor.
- Formar redes interdisciplinarias para el desarrollo de proyectos, investigaciones, práctica profesional y enseñanza integrada, desde el ejercicio de la profesión, el modelo de la promoción de la salud elaborado por Nola Pender aporta a estrategias que impulsa al individuo al desarrollo de sus aptitudes y habilidades personales esto genera cambios positivos en el comportamiento del ser humano y el fomento de hábitos estilos de vida saludables, finalmente esto genera cambios positivos en el patrón costo – efectividad de los servicios de salud (19).

Para lograr este cambio en el comportamiento de la población Pender utiliza tres teorías clave en la comprensión de la conducta humana con respecto a su salud. La primera teoría, es la de la acción razonada basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. La segunda es la Acción Planteada. Adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la teoría social-cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad (19)

Figura 1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender 1996



Bajo estos postulados la teoría de Pender se puede interpretar como una representación de la interacción entre las personas y su entorno, donde la persona propende por alcanzar el máximo estado de bienestar utilizando sus conocimientos y habilidades las cuales deben ser potencializadas a través de la promoción de la salud, a su vez es importante motivar al individuo a percibir su salud no solo como una meta sino como una herramienta constante en el desarrollo de sus potencialidades y el alcance de su bienestar.

Finalmente desde la visión del trabajo investigativo implementado en el adulto mayor cabe resaltar que la teoría propuesta por Nola Pender cuenta con el soporte empírico aplicado a Adultos Mayores en la comunidad y en términos de

aplicabilidad a la investigación este tiene especial énfasis en la importancia de la valoración individual de los factores que influyen en la modificación de la conducta sanitaria.

5. NORMATIVIDAD EN COLOMBIA

En el artículo 13 sentencia que “todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades”, también hace responsable al estado de garantizar el beneficio y la protección especial de grupos discriminados, marginados y/o que por su condición económica, física o mental se encuentren en situación de vulnerabilidad, esto sitúa al adulto mayor dentro del grupo de vulnerabilidad ante lo cual el estado debe responder generando estrategias que aseguren la calidad de vida de este grupo. (21)

Ley 1251 del 2008: “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores” derecho a la igualdad y a la no discriminación artículo 5, derecho a la vida y a una muerte digna artículo 4 inciso l, derecho a la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno artículo 4, inciso l, derecho a participar en la vida social, cultural y política de la comunidad artículo 4 inciso g, derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales artículo 4 inciso d, artículo 5 y artículo 13, derecho a la educación y a la cultura artículo 4 inciso g inciso k, derecho al trabajo artículo 4 inciso g. (22)

Resolución 1378: “Tiene por objeto emitir disposiciones en relación con la salud y protección social de las personas adultas mayores, de forma tal que puedan acceder a una atención preferencial, ágil y oportuna en salud. Igualmente, señalar directrices para la conmemoración del “Día del Colombiano de Oro””. (23)

Sentencia C-503/14. Criterios de atención integral del adulto mayor en centros de Vida- Inhibición para decidir de fondo, en relación con los artículos 1,6,7,8,9,10,11, 12 y 13 de la ley 1276 de 2009, por ineptitud de demanda. Criterios de atención integral del adulto mayor en centro de vida- asequibilidad del artículo 3 de la ley 1276 de 2009. (24)

Ley 1276 del 2009. Establece los criterios de adecuación, desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros de Bienestar del Anciano (actualmente denominados Centros Vida y Centros Día para Adultos mayores) para la atención integral de esta población. Además la ley 1315 de 2009, establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los Centros de Protección Social, instituciones de atención y los anteriormente mencionados. (25).

6. PLAN DE ACCIÓN DESAROLLO

El presente plan de acción corresponde a la segunda fase Programa estilo promotor de vida saludable para el adulto mayor. La cual se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Participantes, encuentro de trabajo grupal, desarrollo de contenidos, duración del proyecto, donde se tuvo en cuenta indicadores y se representaran con evidencias de la ejecución del programa.

Valoración de indicadores propuesto:

6.1. Participación de los líderes. En el proyecto se involucra a los líderes y adultos mayores que asisten a cada uno de los centros vida de la comuna 7 y 8 de la ciudad de Villavicencio.

6.2. Encuentro de trabajos grupales. Se programaron encuentros semanales con el fin de explicar y orientar los diferentes temas de las seis dimensiones de Nola Pender. (Actividad física, espiritualidad, manejo del estrés, nutrición, responsabilidad en salud y relaciones interpersonales).

6.3. Desarrollo de contenido. Se realizó dos programas para los líderes y adultos mayores de los Centros Vida de la comuna 7 y 8 de la ciudad de Villavicencio con el fin de generar estilos de vida saludable.

6.4. Duración del proyecto. Se cumplió con el tiempo establecido, ya que se acordaba con cada uno de los líderes de la comuna que día podían asistir y las horas con el fin de realizar las actividades en su totalidad. Se acordó la asistencia de las estudiantes de enfermería a cada uno de los centros vida, con el fin de conocer e interactuar con los adultos mayores que asisten a allí.

Tabla 3. Resumen de indicadores

Nombre de los indicadores	Indicadores	Medio de verificación
1. Participación de la población.	Indicador: Número de participantes / Total proyectado en el	Lista de asistencia – Registro fotográfico. Anexo1.

	programa*100. Meta: Se logra una participación del 60% de la población planteada.	
2. Encuentro de trabajo grupal.	Número de reuniones realizadas (9) / Numero de reuniones programadas (9) *100. Meta: Se cumplieron en un 100% de los encuentros programados. Adjunto actas de reuniones.	Actas de reuniones. Anexo 3.
3. Desarrollo de contenidos.	Número de programas realizados por comuna de los Centros Vida *100. La meta es que mínimo dos Centros Vida que logre hacer el programa y ponerlo en funcionamiento.	Plan de acción del docente – Entrega de los programas. Anexo 2.
4. Duración del proyecto	Indicador: Numero de encuentros realizados / Numero de encuentros programados (10 encuentros 1 por semana) *100. Meta: Se cumplieron 100% del tiempo establecido.	Verificable en el plan de acción de las asistencias participantes. Registro fotográfico. Anexo 1

Fuente: Elaboración propia.

7. IMPACTO LOGRADO

El presente proyecto, logro sensibilizar a la comunidad en general en la importancia de la educación en gerontología y geriatría, especialmente en el campo de la enfermería, constituyendo un pilar fundamental en la provisión de recursos humanos apropiados para la Promoción de la salud y el cuidado de las personas que envejecen. En los programas de los adultos mayores que cuenta el municipio de Villavicencio, debido a que el envejecimiento poblacional es un fenómeno multidimensional con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los mayores desafíos para el mundo actual.

Mejorar la atención del adulto mayor en los Centros Vida, debido a que se fomente un envejecimiento activo a través de estrategias que plantea la promoción de la salud.

Se creó una cultura de liderazgo en las comunidades, con el objetivo de compartir sus conocimientos y aumentar la sensibilización del cuidado a todo nivel al Adulto Mayor; partiendo que el envejecimiento como una condición y una responsabilidad nacional y multisectorial, no sólo del sector salud. La creación de un entorno favorable para los adultos mayores, que fomente una vejez saludable y valorativa dentro de su entorno familiar y a nivel social.

Articulación con objetivos de Proyección Social (Acuerdo 021/2002)

- Genero un ambiente que permitió mejorar la capacidad endógena de innovación y transferencia de conocimiento de los productos de docencia e investigación.
- Elevo significativamente la gestión institucional en el contexto regional y nacional, estableciendo relaciones de intercambio y cooperación con los actores o líderes de la población.

Articulación con el Plan de Acción Institucional (2013 - 2015)

Se articuló con el objetivo N°3, de fortalecer la congruencia con las dinámicas plurales de la región. Creando estrategias de interacción con el entorno, el estado, la sociedad civil, la universidad y el programa articulándolo con el Estado y con las comunidades del entorno para llegar a la meta de ejecutar proyectos que solucionen problemas de la sociedad y necesidades a nivel pedagógico, social,

cultural y ambiental, vinculando a estudiantes de opción de grado en el 15% de los proyectos comunitarios

8. LIMITACIONES

En el momento de aplicar el instrumento de Nola pender a los adultos mayores se tuvo gran dificultad a la hora de diligenciarlo, teniendo en cuenta que algunos de estos adultos no sabían leer, ni escribir o no comprendía lo que se le preguntaba.

En el momento de la convocatoria para aplicar este instrumento no se cumplía con el número de adultos requeridos ya que algunos se encontraban enfermos o habían sufrido alguna limitación para no poder asistir a la reunión.

Cuando se diligencio los instrumentos se observó que algunos tenían dos respuesta por cada ítem, por lo tanto el instrumentos quedaba anulado.

9. CONCLUSIONES

Se cumplió con los objetivos propuestos para el actual proyecto, con la realización del programa estilo promotor de vida saludable para el adulto mayor, donde se tuvo en cuenta la caracterización de la población mayor, basada en el instrumento de la teorista de Nola Pender

Por medio de la observación, entrevista y el modelo de la espina de pescado, se determinó cuál dimensión es la que se debe intervenir con más precisión, de esta manera se logró realizar un programa con las seis dimensiones que plantea Nola Pender (Relaciones interpersonales, responsabilidad en salud, nutrición y metabolismo, manejo del estrés, espiritualidad y actividad física y ejercicio) para la prevención en salud de los adultos mayores en las comunas 7 y comuna 8 de la ciudad de Villavicencio.

En las entrevistas personales, las integrantes del grupo evidenciaron gran interés y participación de los líderes de la comuna 7 y 8, en comunicar, expresar, contar, transmitir experiencias, vivencias y realidades que tenían los adultos mayores.

La calidad de vida y la salud de las personas, es un fundamento esencial para la supervivencia. Se estableció estilos de vida saludables en cada uno de los programas, aportando a la construcción de ambientes sanos y productivos para los seres humanos, en tanto se mejoran un compendio de actitudes y decisiones que favorecen el desarrollo del ser humano en forma integral.

A nivel profesional el enriquecimiento fue lucrativo con el trabajo realizado con cada una de las comunas, ya que se concientiza uno de la importancia de la práctica de tener estilos de vida saludables y así prevenir enfermedades y mantener el bienestar de la salud.

La Universidad de los Llanos está abordando la problemática social, desde la Facultad Ciencias de la Salud por medio de los proyectos de proyección social, donde se implementan diferentes estrategias para el cuidado de la salud, abarcando principalmente la promoción de la salud y la importancia de tener buenos estilos de vida saludable para mejor la calidad de vida, rompiendo los obstáculos que se presentan hoy en día por la situación actual de salud en nuestra región.

10.RECOMENDACIONES

- Reforzar estilos de vida saludables para promover el autocuidado en los adultos mayores con el fin de prevenir enfermedades crónicas no transmisibles, esto se puede realizar con la vinculación de organizaciones públicas y privadas que funcionan entorno a promover el área de salud.
- Es de gran importancia promover la realización de actividad física en los grupos de adulto mayor para garantizar un mejor nivel de funcionalidad en actividades cotidianas, teniendo un especial cuidado en las personas mayores de 70 años ya que a partir de esta edad se detecta un declive de dicha variable.
- Difundir los resultados del presente trabajo de investigación en la comuna siete, ocho y en otras localidades para que así se puedan impulsar los programas de prevención que permitan a los adultos mayor adoptar estilos de vida saludables, favoreciendo la práctica de ejercicio físico, regular el control de peso, la dieta adecuada, el manejo del estrés y responsabilidad en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y vejez [Internet]. Minsalud.gov.co. 2016 [Consultado el 27 de Agosto del 2016] Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
2. Orozco M, Castillo A. Dinámica familiar del anciano residente en el barrio modelo de la ciudad de Barranquilla. PSICOGENTE [Internet]. 2010 [Citado 21 de septiembre del 2016]; 13 (23): 42-58. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1813>.
3. ACUERDO No. 021 DE 2002 “Por el cual se crea el Sistema de Proyección Social en la Universidad de los Llanos”.
4. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. [citado 27 febrero 2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
5. Gómez JF. Valoración integral del anciano sano. Manizales: Artes gráficas Tizan; 2002, pp.500.[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1921671&pid=S1134928X201400020000200029&lng=es]
6. Atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social. Ley 1315. Diario Oficial No. 47.409, (2009).
7. Criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. Ley 1276 Boletín oficial del estado (2009).

8. Leal I, Castaño G, Sarmiento M, Castro A. Vulnerabilidad del adulto mayor de los hogares geriátricos. Villavicencio. Universidad de los Llanos. 2010.
9. Leal I, Castaño G, Sarmiento M, Castro A. Vulnerabilidad del adulto mayor de los hogares geriátricos. Villavicencio. Universidad de los Llanos. 2010.
10. Arango V, Ruiz I. Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia. Fundación Saldarriaga concha. [PDF]. 2005 [Consultado el 27 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
11. Ministerio de protección social. Norma técnica para la detección de alteraciones en el adulto. [Internet]. 2000. [Consultado el 27 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://medicosgeneralescolombianos.com/mayorde45anos.htm>
12. Informe programa protección social al adulto mayor en el municipio de Villavicencio, marzo 26 de 2010 [internet]. alcaldía de Villavicencio. 2010 [citado 3 de marzo 2016]. disponible en: <http://181.49.19.3/ws/documentos/informe-gestion-2009-ofi-parciudadana.pdf>
13. Karen Dayana R. Vejez y Envejecimiento [Joven investigador]. Universidad del Rosario; 2011. [citado 27 Febrero 2016]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07ae2f0720b216b.pdf
14. Huenchuan S. CONCEPTOS DE VEJEZ Y ENFOQUES DE ENVEJECIMIENTO [Internet]. www.cepal.org. 2016 [citado 26 de Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp2.pdf>

15. Gómez Montes JF. Valoración integral del anciano sano. Manizales: Artes Gráficas Tizan; 2002, pp. 500. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1921671&pid=S1134928X201400020000200029&lng=es]
16. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Feb 25]; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es.
17. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. [citado 27 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
18. Brigeiro, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. [en línea] Revista Scielo. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iei/iee/v23n1/v23n1a09.pdf> [citado 1 Marzo 2016].
19. Organización Panamericana de la Salud. O.P.S. Serie Recursos humanos para la salud. 59 Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. Washington, D.C. Abril, 2012. Consultado [27 feb de 2016] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6816%3A2012-ensenanza-enfermeria-salud-adultomayor&catid=526%3Ahuman-resources-health&Itemid=2054&lang=es
20. Giraldo Osorio Alexandra, Toro Rosero María Yadira, Macías Ladino Adriana María, Valencia Garcés Carlos Andrés, Palacio Rodríguez Sebastián. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA EL FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. Hacia promoción. Salud [serial on the Internet]. 2010 July [cited 2016 Mar 05] ; 15(1): 128-143. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en

21. Ministerio de Salud y Protección Social, Adulto Mayor, Vida y Dignidad. 23 de Agosto del 2016, Boletín de Prensa No 172 de 2016. [Consultado el 27 de Agosto del 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Adulto-mayor-vida-y-dignidad.aspx>
22. Constitución política de Colombia.1991.Articulo 13. 2da Ed. Leguis
23. Protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Ley 1251/2008.Diario Oficial No. 47, (2008)
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Normatividad. [Consultado el 27 de Agosto del 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201378%20de%202015.pdf
25. Corte Constitucional Republica de Colombia. Sentencia C-503 del 2014

