



Ministerio de la Mujer  
y Poblaciones Vulnerables

Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar

Nº 930

## Resolución de la Dirección Ejecutiva

19 8 NOV 2014

Lima, .....

### VISTOS:

El Memorandum N° 237-2014/INABIF.USPPAM de la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores, el Informe N° 96-2014/INABIF.UPP de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto y el Informe N° 903-2014/INABIF.UAJ de la Unidad de Asesoría Jurídica;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo 4° de la Constitución Política del Perú, establece que el Estado protege especialmente al anciano en situación de abandono, entre otros;

Que, la Ley N° 28803 – Ley de Personas Adultas Mayores, tiene por objeto dar un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las personas adultas mayores, para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto a su dignidad;

Que, el artículo 4° de la acotada Ley dispone que el Estado establece, promueve y ejecuta medidas administrativas para asegurar el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, entre ellos, recibir el apoyo social necesario para garantizarle una vida digna y saludable, necesaria y útil, elevando su autoestima; siendo el órgano rector el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP, de conformidad con el artículo 6° de la misma norma;

Que, al respecto, el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar – INABIF, que forma parte del Sector MIMP, tiene por finalidad contribuir con el desarrollo integral de las familias en situación de vulnerabilidad y riesgo social, con énfasis, entre otros, en personas adultas mayores en situación de abandono y propiciar su inclusión en la sociedad y el pleno ejercicio de sus derechos; según lo prescrito en el artículo 5° del Manual de Operaciones del INABIF, aprobado por Resolución Ministerial N° 315-2012-MIMP;



Sed

9



Que, el artículo 27° del mencionado Manual de Operaciones del INABIF, establece que la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores – USPPAM, es la Unidad Orgánica del INABIF encargada de programar, conducir, ejecutar y supervisar las acciones de prevención, promoción y protección de la Persona Adulta Mayor en situación de vulnerabilidad y riesgo social, de los servicios a cargo del INABIF, a nivel nacional;

Que, según el artículo 29° del antes citado Manual de Operaciones, los Servicios de Protección y Desarrollo Familiar, entre ellos, los Centros de Atención Residencial – CAR, están encargados de la prestación efectiva del servicio a través de la programación y ejecución de las actividades pertinentes para su materialización en la población en situación de abandono y riesgo social;

Que, en ejercicio de sus funciones, la USPPAM propone la aprobación del documento denominado “Metodología de Intervención en los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores”, el cual tiene por objeto formalizar el procedimiento de abordaje en la intervención técnica metodológica para la atención integral de la persona adulta mayor que reside en los CAR del INABIF, permitiendo unificar criterios de atención y metodología de intervención a desarrollar;

Que, de la evaluación de los documentos del visto, emitidos por la USPPAM, la Unidad de Planeamiento y Presupuesto y la Unidad de Asesoría Jurídica, y por las consideraciones expuestas, resulta necesario aprobar el precitado documento;

Contando con las visaciones de la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores, de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto y de la Unidad de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el Manual de Operaciones del INABIF aprobado por Resolución Ministerial N° 315-2012-MIMP, y en uso de las atribuciones conferidas por la Resolución Ministerial N° 275-2014-MIMP;

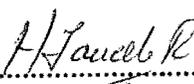
**SE RESUELVE:**

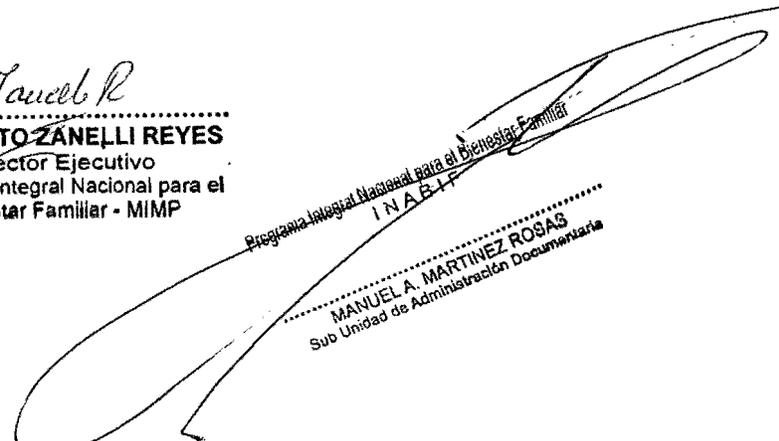
**Artículo 1°.- APROBAR** el documento denominado “Metodología de Intervención en los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores”, que en Anexo forma parte de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- DEJAR SIN EFECTO** las disposiciones internas que se opongan a lo dispuesto en la presente Resolución.

**Artículo 3°.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución y su Anexo en el Portal Institucional del INABIF ([www.inabif.gob.pe](http://www.inabif.gob.pe)).

Regístrese y Comuníquese,

  
.....  
**HUMBERTO ZANELLI REYES**  
Director Ejecutivo  
Programa Integral Nacional para el  
Bienestar Familiar - MIMP

  
.....  
Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar  
**MANUELA A. MARTINEZ ROSAS**  
Sub Unidad de Administración Documentaria



U

S

P

P

A

M

# METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

**INABIF**

**Programa Integral Nacional para el Bienestar  
Familiar**



**USPPAM**

Unidad de Servicios de Protección  
de Personas Adultas Mayores



**2014**



U

# INDICE

S

PRESENTACIÓN..... Pág. 3

INTRODUCCIÓN..... pág. 5

P

## CAPITULO I

1. Conceptos generales..... pág. 7

## CAPITULO II

2. Marco Conceptual..... pág. 11

P

## CAPITULO III

3. Intervención Metodológica..... pág. 19

A

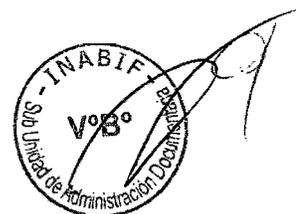
## CAPITULO IV

4.1 Glosario de términos..... pág. 32

4.2 Siglas y Acrónimos..... pág. 35

Bibliografía..... pág. 36

M



U

# PRESENTACION

S

El INABIF, como Unidad ejecutora del pliego Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con autonomía administrativa, funcional y técnica en el marco de las normas administrativas vigentes y dependiendo del Vice Ministerio de Poblaciones Vulnerables, tiene como finalidad "Contribuir con el Desarrollo Integral de las familias en situación de vulnerabilidad y riesgo social, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad en situación de abandono,...." (*Manual de Operaciones del INABIF, Título II, Capítulo I.*).

P

En este marco, la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores – USPPAM, es la unidad orgánica encargada de programar, conducir, coordinar, ejecutar y supervisar las acciones de prevención, promoción y protección de las Personas Adultas Mayores en situación de vulnerabilidad y riesgo social, de los servicios a cargo del Programa, a nivel nacional. (*Manual de Operaciones del INABIF, Título III, Capítulo II.*).

P

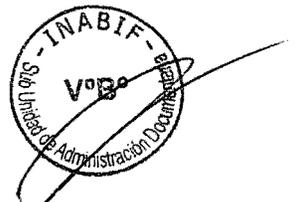
Por tanto, corresponde también, a esta unidad, desarrollar, entre otros aspectos relevantes, la "Metodología de Intervención en los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores", que el INABIF tiene e implementará para el cumplimiento de sus funciones.

A

Este es el propósito del presente documento, que se desarrolla sobre los enfoques de **La atención integral centrada en la persona, es decir, aquella que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva**<sup>1</sup>.

M

El envejecimiento<sup>2</sup> de la población es uno de los fenómenos socio-demográficos más importantes en el mundo. Así en el año 2010, el 10% de la población mundial son personas mayores de sesenta años y este porcentaje llegará al 15% en el año 2025 y al 22% en el 2050.



<sup>1</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (2010). "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].

<sup>2</sup> Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena, Ingmar Bergma



9

U

En la Región de América Latina y el Caribe todos los países marchan hacia sociedades más envejecidas, así en el año 2025 superarán los 100 millones de personas de sesenta años, cifra que se duplicará en el año 2050, cuando sumen más de 180 millones de personas, las que representarán más del 24% del total de la población<sup>3</sup>.

S

En el caso del Perú, el envejecimiento de la población se expresa en una dinámica de modificaciones en las estructuras sociales, políticas, económicas y culturales; al igual que en otras realidades. Dadas las condiciones de pobreza y exclusión que aún prevalecen en el país, la población adulta mayor enfrenta más fuertemente los retos de la desigualdad, y la necesidad de que se protejan el ejercicio pleno de sus derechos y mejores condiciones de calidad de vida.

P

Nuestro esfuerzo debe centrarse en proporcionar atención especializada y calidad de vida a aquellas PAM, que requieren y reciben atención integral en el INABIF.

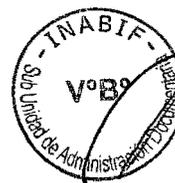
P

A

M



<sup>3</sup> Recopilación de USPPAM, documentos y estadística diversas fuentes,



U

# INTRODUCCIÓN

El documento que a continuación formulamos, es iniciativa de esta nueva unidad de servicios y línea en el INABIF.

S

El texto está conformado por cuatro capítulos que a continuación se desarrollan y a través de los cuales formulamos la “Metodología de Intervención en los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores”, identificando conceptos generales, objetivos, alcance y el marco normativo de la intervención.

P

Las competencias del INABIF y particularmente de la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores, quedan claramente definidas y además se evidencia las acciones “técnico profesionales”, los “procesos” y “actividades” a cumplir, por áreas y servicios.

P

Finalmente ofrecemos un glosario esclarecedor de términos y la bibliografía básica de consulta con relación a lo planteado.

A

La lectura del presente documento, brindará información ágil, pero al mismo tiempo detallada de la intervención técnica que se realiza a favor de las personas adultas mayores residentes de nuestros Centros de Atención Residencial – CAR en el INABIF.

M



U

S

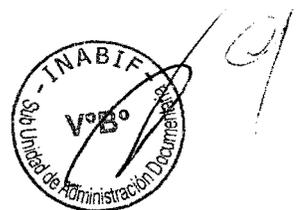
P

P

A

M

# CAPITULO I



U

# 1. CONCEPTOS GENERALES

## 1.1 OBJETIVO

El presente documento tiene por finalidad abordar la intervención técnica metodológica para la atención integral de la persona adulta mayor que reside en los Centros de Atención Residencial del INABIF.

S

## 1.2 ALCANCE

Todos los Centros de Atención Residencial de Personas Adultas Mayores del INABIF, deberán utilizar el presente Manual, el cual permitirá uniformizar los criterios de atención y metodología de intervención a desarrollar.

P

## 1.3 MARCO NORMATIVO

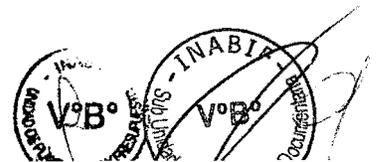
### 1.3.1 Marco Normativo Nacional

- **Constitución Política de 1993, artículo 4º**, el cual señala que el Estado protege, entre otros, al anciano en estado de abandono.
- **Ley N° 29158** – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- **Ley N° 28803** - Ley de las Personas Adultas Mayores, la cual busca mejorar la calidad de vida y el respeto de la dignidad de la población adulta mayor.
- **Ley N° 27972** - Ley Orgánica de Municipalidades.
- **Ley N° 27867** - Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- **Ley N° 27408**, Ley que establece la Atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores en lugares de atención al público.
- **Ley N° 27783** - Ley de Bases de la Descentralización.
- **Decreto Legislativo N° 1098** – Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- **Decreto Legislativo N° 346**, Ley de Política Nacional de Población, la cual concuerda con lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política del Perú respecto a la protección que brinda el Estado al anciano, modificada por la **Ley N° 26530**.

P

A

M



U

- **Decreto Supremo 011-2011-MIMDES, que aprueba la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores**, que define los objetivos y lineamientos que sustentan las estrategias y acciones prioritarias relativas a este importante sector de la población.

S

- **Decreto Supremo N° 013-2006-MIMDES** – Reglamento de la Ley de Personas Adultas Mayores.

- **Decreto Supremo N° 009-2010-MIMDES**, establecen los requisitos mínimos para el funcionamiento de los centros de atención residencial para personas adultas mayores.

P

- **Decreto Supremo N° 003-2012-MIMP**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del MIMP.

- **Decreto Supremo N° 004-2013-PCM**, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la gestión Pública.

- **Decreto Supremo N° 002-2013/MIMP**, aprueba el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017.

P

- **Resolución Ministerial N° 017-2003-MIMDES**, dispone que organismos públicos, descentralizados del MIMDES procedan a priorizar ejecución de proyectos a favor de niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

- **Resolución Ministerial N° 315–2012-MIMP**, que aprueba el Manual de Operaciones del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar – INABIF.

A

### 1.3.2 Documentos Internacionales

- **Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>4</sup>**

La Declaración Universal señala, en su Artículo 25, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado; así como la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, artículo 2º numeral 1, el cual señala que los Estados partes están comprometidos a garantizar y respetar los derechos reconocidos por el mencionado documento.

- **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - “Protocolo de San Salvador”**, artículo 17º, establece que toda persona

M

<sup>4</sup> *Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948 en París. Fue aprobada y proclamada el 10 de diciembre de 1948*  
[http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/\\_cidhd.htm](http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/_cidhd.htm)



U  
S  
P  
P  
A  
M

tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal sentido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica.

- **“Plan de Acción sobre el Envejecimiento” y “Declaración Política”** aprobada en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU, el 12 de abril del 2002, versa sobre el envejecimiento activo, la atención primaria de salud, el VIH en las personas de edad y la prevención del maltrato.
- **Resolución N° 50/141** de la Organización de las Naciones Unidas, a través de la cual las Naciones Unidas propone a los Estados Miembros la formulación de programas especiales para las personas de edad, modificando la denominación utilizada para este grupo poblacional: “Personas Adultas Mayores”.
- **Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid**, elaborada en la Primera Conferencia Regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
- **Recomendación General N° 27 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer**, tiene como propósito principal evidenciar las particulares formas de discriminación que enfrentan las mujeres adultas mayores.
- **Declaración de Brasilia**, documento elaborado durante la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, desarrollada en Brasil (Diciembre – 2007), por el cual los países de la Región, no escatimando esfuerzos para promover y proteger los derechos de toda persona adulta mayor.
- **Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe**, elaborada durante la 3ra Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, Costa Rica, mayo 2012, documento de contribución al 51° período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, que se celebrará en febrero de 2013.



U

S

P

P

A

M

# CAPITULO II



U

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

En la temática de las personas adultas mayores suelen presentarse confusiones en torno a los conceptos de envejecimiento y vejez, los que se encuentran estrechamente relacionados y que, sin embargo, no son sinónimos.

S

Una primera distinción necesaria aparece con el concepto de envejecimiento, el cual puede referirse tanto al envejecimiento individual como al envejecimiento poblacional.

P

Se entiende por envejecimiento individual al proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias.

P

El envejecimiento poblacional hace referencia al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre la vejez y la edad límite de ella<sup>5</sup>.

A

El envejecimiento poblacional es resultado tanto del desarrollo de las ciencias médicas e innovaciones tecnológicas acaecidas durante el siglo XX y sus efectos en el mejoramiento de la salud de las personas, reducción de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida, como también de transformaciones socioculturales que explican la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad.

M

Desde el envejecimiento, se derivan otras conceptualizaciones que contribuyen significativamente a la aproximación sobre la calidad de vida de las personas mayores. Estas son las de envejecimiento saludable y envejecimiento activo.

Por envejecimiento saludable se entenderá aquel donde factores extrínsecos del envejecimiento compensan los factores intrínsecos, evitando o disminuyendo la pérdida funcional. En este sentido implica un bajo riesgo de sufrir enfermedades o adquirir una discapacidad causada por enfermedad, un alto rendimiento de las funciones físicas y mentales y un compromiso activo con la vida.

<sup>5</sup> "El envejecimiento de la población es ante todo una historia de éxito para las Políticas de salud pública así como para el desarrollo social y económico.", Gro. Harlem Brundilano, Directora General OMS, 1999.



U

Por envejecimiento activo se debe entender el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Este concepto es aplicable tanto a individuos como a grupos de población y hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales y espirituales, no estando limitado a las funciones físicas o a la participación laboral. Incluye a todas las personas, sean éstas frágiles, con discapacidad o con necesidad de asistencia. El **envejecimiento activo** constituye un concepto más amplio que el envejecimiento saludable al reconocer factores que, junto a lo sanitario, afectan la manera de envejecer de individuos y poblaciones, estando además íntimamente relacionado con un enfoque de derechos de las personas mayores, su autonomía e independencia.

S

P

El marco político para el envejecimiento activo se guía por los **Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores: independencia, participación, asistencia, realización de los propios deseos y dignidad**. Las decisiones se basan en comprender cómo influyen los *determinantes del envejecimiento activo* sobre la manera en que envejecen las personas y las poblaciones.

Dicho marco político requiere la acción sobre tres pilares básicos:

P

#### **Salud.**

Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos, y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y más calidad de vida. Permanecerán sanas y podrán manejar sus propias vidas cuando envejecan. Habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios. Incluye las facilidades y/o las oportunidades para su atención de salud, cuando les es de necesidad.

A

#### **Participación.**

Las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias.

M

#### **Seguridad.**

Cuando las políticas y los programas aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, éstas verán garantizadas su protección, su dignidad y su asistencia en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas. Se apoyará a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad.



U

Si el envejecimiento se define como un proceso, la vejez corresponde a una etapa inscrita al final en el ciclo vital, cuya definición puede resultar algo confusa al no existir un paradigma único que dé cuenta de ella, tratándose más bien de una construcción heterogénea de aportes teóricos provenientes de distintas disciplinas como la psicología, la biología, la antropología, la sociología, la medicina y la demografía.

S

Una primera definición de vejez hace referencia a una condición temporal y, concretamente, a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, a la edad. En esta consideración, la vejez está en función del tiempo que transcurre para un determinado sujeto, frecuentemente medido según su edad cronológica.

P

Es también posible definir la vejez desde una edad social, la cual se define en función de los roles, actitudes y conductas adecuadas, la percepción subjetiva del propio sujeto y la edad socialmente atribuida.

P

La edad social responde a una construcción, determinada histórica y culturalmente y, por esto, sujeta a transformaciones y revisión. En este sentido, la vejez sería una construcción que varía de sujeto en sujeto y de sociedad a sociedad, en la que confluyen un amplio número y tipo de dimensiones. Es desde la definición de la edad social que emergen una serie de estereotipos y preconcepciones asociadas a la vejez, las que muchas veces resaltan los aspectos negativos de esta etapa, imagen que deviene en la valoración desfavorable que socialmente ha sido construida sobre la vejez.

A

Aplicado a las actitudes y conductas que una sociedad considera adecuadas para una determinada edad cronológica, comprendiendo que *el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica de cada persona, está intrínsecamente determinada por el proceso de producción, las tendencias del consumo y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad* (Fericgla, citado en op.cit. pp. 2-3 ).

M

Cabe reflexionar que los primeros estudios en materia de envejecimiento y vejez se desarrollan a partir de la geriatría, primando en el análisis de los datos la imagen de declinación física a través de los años. Desde el desarrollo posterior de conocimiento a partir de ópticas gerontológicas, y más específicamente gerontológicas sociales y de la teoría psicosocial, es que se releva la dimensión del crecimiento por sobre la declinación, otorgando una nueva perspectiva al abordaje de políticas públicas, menos asistenciales y más inclusivas.

Más allá de las referencias a estas distintas definiciones de edad, la vejez debe ser comprendida como la última etapa del ciclo vital de las personas, la cual, lejos de ser estática, presenta un gran dinamismo y múltiples cambios que comportan variadas consecuencias para los sujetos que la experimentan. Entre ellas se cuentan las asociadas al retiro laboral, al cambio de las relaciones sociales y pérdidas vinculares, que en un alto porcentaje de casos llevan al debilitamiento de la red social del individuo que envejece, así como la emergencia de discursos sociales negativos asociados a la inactividad y la dependencia, los que impactan directamente en la valoración de la etapa por parte del sujeto y la sociedad,

U

poniendo en evidencia el vacío de un rol social para las personas mayores que les permita un estatus de mayor valoración.

Otra característica de esta etapa, que aparece con fuerza en estos últimos años, es la mayor duración de la misma, lo que plantea el desafío concreto a la gerontología de tener que diferenciarla internamente, a razón de afinar el análisis y poder proponer estrategias más acordes.

S

Finalmente, una correcta conceptualización de la vejez debe prestar atención a la multiplicidad y diversidad de factores, tanto internos como externos, que están interviniendo en su definición. No es posible hablar de la existencia de una vejez, sino de muchas, construidas desde la experiencia particular de lo que ha sido el proceso de envejecimiento de la persona mayor, el contexto histórico y las condicionantes psicosociales que le han permitido o facilitado el desarrollo de oportunidades y destrezas determinantes en la configuración de esta etapa y en la percepción de la misma

P

### LA DIGNIDAD DE LA PERSONA COMO PUNTO DE PARTIDA

Dignidad deriva del adjetivo latino "dignus" y se traduce por «valioso». El concepto de dignidad se basa en el «reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma por el mero hecho de su condición humana». Toda persona, independientemente de sus características individuales (sexo, edad, raza, condiciones físicas y psicológicas), situación económica, social y cultural, así como de sus creencias o formas de pensar, es por tanto, merecedora de respeto.

P

**La atención gerontológica centrada en la persona** es un modelo de atención que asume, como punto de partida, que las personas mayores, como seres humanos que son, merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, desde el reconocimiento de que todas las personas tenemos igual dignidad.

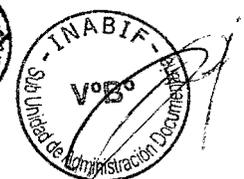
A

Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad.

La atención profesional a las personas en situación de fragilidad o dependencia, el trato digno implica buscar la conjunción de las dos dimensiones de la capacidad personal: la autonomía y la independencia. La autonomía como derecho y capacidad de controlar la propia vida, y por tanto como término opuesto a heteronomía. La independencia como desenvolvimiento en la vida cotidiana, y por tanto, como término opuesto a dependencia.

M

El **trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia** se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico, la máxima independencia y control de la vida cotidiana posible; desde el marco de la atención integral como de la calidad de vida de los individuos. Esto se concreta en aspectos de la atención cotidiana como:



U

- a) El bienestar físico y emocional.
- b) El respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana.
- c) La promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores.
- d) La protección y garantía de la intimidad y la privacidad.
- e) La protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal.
- f) El fomento de la inclusión social.
- g) El respeto a la edad adulta.

S

## UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La búsqueda de la atención individualizada no es algo nuevo en la intervención social. Tampoco es algo que, por mucho que figure en nuestros objetivos de trabajo, se consiga fácilmente.

P

La principal característica que define a los modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan.

P

Este es el principal aporte y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención individualizada, el sujeto tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales.

A

***“La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”<sup>6</sup>.***

Consideramos a sí mismo que a través del aporte de Pilar Rodríguez<sup>7</sup>, en la descripción de un modelo de atención integral centrada en las personas en situación de dependencia, destacan un total de siete principios rectores que asumimos para orientar la intervención, de los cuales, a su vez, se derivan determinados criterios técnicos que han de verse cumplidos en las actuaciones e interacciones profesionales. (Rodríguez 2006, 2010).

M

<sup>6</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (2010). “La atención integral centrada en la persona”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].

<sup>7</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (2010). Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010]; pág. 09



U

## PRINCIPIOS:

- 1.- Autonomía
- 2.- Participación
- 3.- Integralidad
- 4.- Individualidad
- 5.- Independencia
- 6.- Inclusión Social
- 7.- Continuidad de la atención

S

Algunas características de la atención integral centrada en la persona:

La atención integral centrada en la persona abarca mucho más de lo que es el espacio socio sanitario, requiriéndose también la intervención de otros sectores, como el educativo, el cultural y de ocio, el urbanístico y de vivienda, el de seguridad social, etc.

P

En los planes y programas que se desarrollen hay que plantearse, además de objetivos para la intervención social con la persona y sus allegados, otros objetivos dirigidos a la involucración de la comunidad para el apoyo a la participación y a la inclusión social.

P

El avance en la promulgación de derechos y en la preservación de la dignidad de la persona, que deben configurarse como eje de las políticas de atención, obliga a realizar un cambio de Paradigma en el modelo de intervención.

A

*“La comunidad mundial ha llegado a un punto decisivo en sus esfuerzos colectivos para hacer frente a la pobreza y abrir las puertas a un futuro mejor. Se acerca con rapidez la fecha límite de 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al tiempo que se intensifican los debates sobre la formulación de una visión para el desarrollo con posterioridad a esa fecha. En este esfuerzo, debemos hacer frente a los cambios demográficos, en particular a las necesidades y los problemas de la creciente población de personas de edad<sup>8</sup>.”*

## CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN A LAS PAM

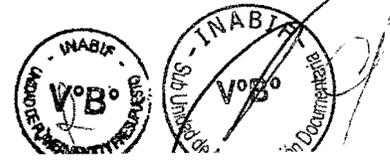
M

La CEPAL (2002) identifica tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad<sup>9</sup> de vida en las personas adultas mayores:

- 1.- **A nivel de Mercado**, el aumento de las PAM provoca modificaciones tanto en la oferta como en la demanda de bienes y servicios, tanto como en el trabajo.
- 2.- **A nivel de Sociedad**, genera nuevas formas de organización de las familias y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos de bienestar.

<sup>8</sup> Mensaje del Secretario General de Naciones Unidas en Octubre 2013

<sup>9</sup> Referencia: Evaluación de la calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994, ¿Por Qué calidad de Vida?



U

3.- **A nivel del Estado**, provoca nuevas tensiones sociales y necesidad de financiamiento de los sistemas de seguridad, previsión social, nivel de dependencia entre generaciones, etc.

Todo lo cual, a su vez determinará procesos de toma de decisión, acciones concertadas, formas de intervención en relación directa con:

S

- ✓ Atención diferenciada y personalizada.
- ✓ Intervención preventiva, promocional, curativa y rehabilitadora.
- ✓ Promoción de estilos de vida saludables.

La calidad de vida es multifactorial e implica principalmente:

P

- 1) Cuidado de la Salud.
- 2) Mantenimiento de habilidades funcionales.
- 3) Condiciones económicas para satisfacer necesidades.
- 4) Relaciones sociales que vinculan al entorno.
- 5) Actividades recreativas diversas.
- 6) Servicios sociales y satisfacción por la vida.

Es decir, oportunidades culturales, recreativas, placenteras y de aprendizaje.

P

A

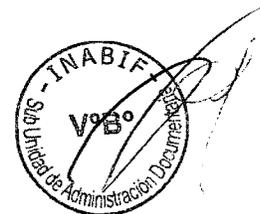
M



g

U  
S  
P  
P  
A  
M

# CAPITULO III



U

## 3. INTERVENCIÓN METODOLOGICA

### 3.1 Del personal técnico profesional

#### 3.1.1 Principios de la Intervención Técnico profesional con PAM

Es importante que toda intervención con personas adultas mayores, tenga en cuenta Principios Gerontológicos, los cuales, facilitarán el trabajo y permeabilizarán el trabajo con ellos. En tal sentido hemos consensuado la necesidad operativa de tener en cuenta los siguientes principios o propósitos de intervención:

S

1. Brindar atención y cuidados integrales a los residentes PAM.
2. Brindar confort, función e independencia.
3. Valoración geriátrica integral<sup>10</sup>.
4. Promover y conformar un Equipo Técnico profesional interdisciplinario.
5. Promover la empatía y el trato personal con los residentes.
6. Brindar trato respetuoso y digno a las PAM.
7. Determinar y reconocer las necesidades personales de los residentes.
8. Brindar terapia de rehabilitación física.
9. Promover la funcionalidad y auto desempeño.
10. Motivar una relación y estancia cálida entre los residentes.
11. Motivar la participación activa en la vida cotidiana y comunitaria.
12. Estar alerta ante las presentaciones atípicas de actitudes y comportamientos.
13. Facilitar una infraestructura inclusiva.
14. Desarrollar plan de trabajo articulando actividades culturales y recreativas, tanto como reactivación física<sup>11</sup> dirigida.

P

P

A

#### 3.1.2 Actitudes del personal que atiende a las personas adultas mayores:

Si bien el perfil de los trabajadores se encuentra previamente desarrollado y es materia de la selección de personal, refiriéndose particularmente al nivel de estudios, experiencia, funciones, tanto como a la instrucción y conocimientos; consideramos importante relevar las actitudes y características de personalidad requeridas.

M

<sup>10</sup> Proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que investiga atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores, a través de un plan coordinado que permita recuperar o mantener la funcionalidad e independencia del adulto, así como establecer un tratamiento oportuno mediante acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras.

<sup>11</sup> La reactivación se lleva a cabo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas adultas mayores, aportando beneficios a nivel físico, psíquico y socio-afectivo, conservando así la fuerza, arcos de movimiento y condición cardiopulmonar.



U

En este acápite, precisamos las actitudes y características de personalidad del personal involucrado en el trabajo con las personas adultas mayores; ya que constituyen una herramienta valiosa para el trabajo.

- Calidez y gentileza
- Actitud Empática
- Respeto en el trato
- Flexibilidad
- Sentido del humor
- Lenguaje y tono de voz moderado
- Disposición a la escucha
- Disposición para prevenir y resolver conflictos

S

### 3.1.3 Principales responsabilidades y actividades del personal:

- Realizar el proceso de planeación.
- Desarrollar acciones que contribuyan a lograr un cambio de actitud en la PAM, incidiendo en su entorno social y familiar.
- Respetar la personalidad de cada uno de los miembros
- Fomentar el espíritu grupal por medio de sentimientos de empatía y amistad
- Brindar atención individualizada y grupal
- Fortalecer relaciones interpersonales a través de la orientación e integración social.
- Impulsar un trabajo independiente y proactivo con sinergia grupal.

P

P

## 3.2 ETAPAS DEL PROCESO METODOLOGICO

### 3.2.1 1 ETAPA: ACERCAMIENTO E INTEGRACIÓN

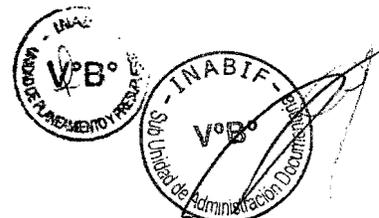
#### Definición:

Etapa que corresponde al inicio de la relación con él, la o los residentes, comprende los pasos iniciales de la relación futura y por lo general determinan, la empatía o el rechazo para con el lugar y la situación. Asimismo, implica el proceso de integración, el cómo y cuándo y porque la persona se siente bien o no en su nuevo lugar de residencia.

Implica tanto los esfuerzos del Equipo Técnico por hacer agradable, amical y reforzadora la estadía de los residentes, considerando la variedad de sus preferencias, creencias y costumbres; como los propios esfuerzos y acciones del o los residentes en tal sentido.

A

M



U

**Objetivos:**

- ✓ Brindar acogida a la persona adulta mayor que ingresa al CAR.
- ✓ Propiciar su integración al grupo y las actividades del CAR

**Actividades:**

S

Evaluación del Equipo Técnico para definir un plan de atención individual el cual será expuesto a la persona adulta mayor para su conocimiento y/o aceptación:

- Aplicación del protocolo de ingreso.
- Programación y desarrollo de actividades de presentación e integración al grupo.
- Presentación y motivación para el plan de vida diaria del CAR.
- Apertura del expediente matriz.
- Apertura de los Files por servicios.

P

**3.2.2. II ETAPA: VIDA EN COMUNIDAD**

**Definición:**

P

Segunda etapa de intervención, vinculada al proceso de adaptación e interrelación grupal del o la residente, a través de la cual, se conforma un grupo o comunidad en afinidad; por el lugar de residencia, la práctica de acciones conjuntas y estilo de vida semejante.

Corresponde a la promoción y/o formulación de un plano socio familiar extenso; donde no hay figuras familiares o amicales ubicados; siendo reemplazados figurativamente por los compañeros, residentes del CAR

**Objetivo:**

A

Brindar atención personalizada y especializada a cada residente, promoviendo una vida en común integrada, activa y placentera, orientada a manejar adecuadamente los cambios biológicos y psicosociales, propios de la vejez y el envejecimiento.

**Actividades:**

M

- ✓ El Equipo Técnico desarrollará y ejecutará el Plan de Trabajo Anual en el CAR, promoviendo una atención personalizada en cada uno de los servicios.
- ✓ Promoviendo y fortaleciendo factores protectores de autovaloración y auto aceptación.
- ✓ Hacer uso de las redes de soporte social, reinserción laboral, reinserción educativa-formativa, reinserción familiar según se presente el caso.



U

### 3.2.3. III ETAPA: EGRESO

#### Definición:

La partida<sup>12</sup> es aquel proceso por el cual y luego de un proceso social y psicoterapéutico inter disciplinario; se logra orientar y fortalecer en los residentes, el hecho de “partir”. Es el momento de la separación, por reinserción familiar, traslado o fallecimiento, de uno o más de los residentes. Promueve así mismo, evitar los síntomas depresivos en la población residente que continúa en el CAR.

S

En el caso del “egreso”, corresponde a la última fase del proceso de intervención en la que se realizan acciones de seguimiento constante a los adultos mayores fortalecidos en su auto valimiento, desenvolvimiento e interacción con las redes sociales; logrando su ubicación en la comunidad, en la familia o con personas afines; situación que resulta, por tanto, de su agrado.

P

#### Objetivos:

Brindar el soporte necesario para que los residentes egresen en las mejores condiciones.

P

#### Actividades:

- ✓ Promover prácticas y creencias religiosas en las residentes AM
- ✓ Ejecutar Dinámicas Grupales y Talleres Vivenciales en los residentes AM
- ✓ Conmemoración y celebración de fechas especiales tales como el cumpleaños, día de la madre, del padre, la navidad, entre otros.
- ✓ Propiciar y programar visitas a familias con los residentes que lo tengan.
- ✓ Fortalecimiento del compañerismo entre residentes AM

A

## 3.3 ACTIVIDADES POR AREAS

### 3.3.1 SALUD

M

#### 3.3. 1.1 Área Médica

El CAR busca mantener y mejorar las condiciones de salud de sus usuarios. Y al mismo tiempo contrarrestar los factores de riesgo que pudieran atentar contra la salud y por ende el bienestar integral de la población residente.

Brinda asistencia médica y técnica, a personas que sufren condiciones de

<sup>12</sup> La partida es un proceso psicoterapéutico orientado al manejo de la separación de algunos residentes, por reinserción familiar, traslado o fallecimiento, buscando evitar los síntomas depresivos en la población.



Handwritten signature or initials.

U

carácter crítico concordante con aquellas que presentan limitaciones de cualquier índole, que limita su actividad productiva; aunque corresponda a un estadio inicial.

Se considera la siguiente clasificación:

○ **Autovalentes:**

Es aquella persona de 60 años o más, capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía entre otros.

La persona adulta mayor autovalente puede hacer deportes acordes a su estado de salud. La autovalencia en las personas adultas mayores está asociada con la edad, el estado de salud físico-mental y las condiciones del envejecimiento. Si una persona de 75 años tiene un buen estado de salud, puede ser tan autovalente como una de 60 años; así también si una persona de 65, si tiene un problema de salud que le impida realizar las actividades de la vida diaria, puede ser tan frágil como una de 80 años.

Las condiciones de vida influyen considerablemente en el envejecimiento: En países que tienen una alta calidad de vida las personas adultas mayores tienen un periodo mayor de autovalencia; que las personas de países en vías de desarrollo, donde las condiciones de vida y servicios básicos son deficientes. En tal sentido, teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, las personas adultas mayores autovalentes, no deben ser objeto de ningún tipo de restricción por la edad.

○ **Frágil:**

Es aquella persona de 60 años o más, con alguna limitación para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Según el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (2002) realizado en Lima Metropolitana y Callao, el 37% tiene al menos un discapacidad o inhabilidad.

La fragilidad en las personas adultas mayores está asociada a mayor riesgo de discapacidad y mayor vulnerabilidad frente a eventos adversos. Por ejemplo, una alteración de la "marcha" en una persona adulta mayor, aumenta el riesgo de caídas. Esto a su vez incrementa el riesgo de fracturas y discapacidad. De igual modo, noticias muy tristes pueden desencadenar en un accidente cerebro vascular, y este a su vez en discapacidad. La persona adulta mayor frágil requiere apoyo para realizar las actividades de la vida diaria, y debe tener cuidados preventivos para evitar que la fragilidad se convierta en una dependencia mayor.

S

P

P

A

M



9

U

Algunas características que presentan las personas en condición de fragilidad son:

- Alteración de la marcha.
- Audición y visión debilitadas.
- Polifarmacia o dependencia de varios medicamentos.
- Deterioro cognitivo.
- Edad avanzada (75 años o más).
- Estar enfermo (a).
- Viudez reciente, vivir solo.
- Situación económica precaria.
- Presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, arterioesclerosis, osteoporosis entre otros).

S

○ **Postrada (o) o Geriátrica (o) Complejo:**

Es aquella persona no autovalente que requiere cuidado y apoyo calificado de otra persona, porque tiene problemas severos de salud que la limitan a nivel funcional y/o mental. La persona dependiente y/o postrada, requiere ayuda para alimentarse, vestirse, tomar medicamentos, asearse; a veces no controlan esfínteres, como también pueden tener grave deterioro cognitivo.

P

**3.3.1.2 Acciones de salud a concretar en la vida diaria**

- ✓ Observar y preservar el estado de salud de las PAM
- ✓ Plan de chequeo de las PAM residentes:
  - Atención según la patología física o mental de las PAM
  - Mantener implementadas las unidades de primeros auxilios
  - Mantener el orden y aseo general: ambientes, enseres, vestimenta
  - Acompañamiento a citas médicas y especialistas
  - Control de signos vitales diariamente
  - Terapias Físicas de rehabilitación
  - Masajes Corporales
  - Control de peso
  - Caminata Pasiva
  - Corte de uñas
  - Lavado de oídos
- ✓ Orientación para estilo de vida saludable y promoción del autocuidado
- ✓ Capacitación y/o actualización del personal en primeros auxilios y atención de urgencia en enfermedades crónicas.
- ✓ Asesorías en Salud por Especialistas en temas psiquiátricos y neurológicos

P

A

M



U

### En casos de Emergencia:

Aquella condición de salud que de una forma no prevista, hace necesaria la asistencia de los primeros auxilios a la mayor brevedad con el fin de preservar salud o reducir el daño e incapacidad que puede surgir.

S

Ejecutar acciones inmediatas de sostén vital e individual y estrategias de intervención en emergencias individuales o colectivas, a través de los problemas ya identificados.

Clasificarlas por orden de urgencia:

- Ψ Respiratorias: tratar la insuficiencia respiratoria aguda, y reconocimientos.
- Ψ Cardiológicas: fracaso cardiaco agudo, crisis hipertensivas, síndrome coronario, vasculares periféricos.
- Ψ Atención al trauma: Identificar y priorizar lesiones corporales y sus posibles consecuencias en el adulto mayor, mediante la evaluación de enfermería.
- Ψ Sistema nervioso: urgencias neurológicas sus variantes y tratarlas adecuadamente en el periodo agudo.
- Ψ Digestivas: evaluar y manejar el dolor abdominal agudo, posibles sangrados y deshidrataciones.

P

### 3.3.1.3 Área de Nutrición

P

El Equipo Técnico del CAR, a través del especialista en Nutrición, busca mejorar el estado nutricional de los adultos mayores, así como, asesorar, supervisar y capacitar o actualizar de modo permanente al personal del servicio de alimentación del CAR.

A

1. Valoración Nutricional y antropométrica de la persona adulta mayor.

2. Intervención nutricional a las personas adultas mayores:

- Elaboración del Plan de Alimentación elaboración de menús, regímenes especiales o individualizados, suplementación; según perfil epidemiológico).
- Cálculo y requerimiento de macro y micronutrientes, cálculo de la ingesta de líquidos, densidad calórica e ingesta de fibra.
- Determinación de tipos de textura de alimentos o preparaciones alimentarias, según patología orofacial, uso de vía de administración de alimentos (sondas).
- Verificar la ingesta de alimentos y realizar las modificaciones que sea necesaria.
- Elaboración y llenado de fichas de evaluación y seguimiento nutricional como parte de la historia clínica.

M

3. Desarrollo de capacidades:



U

- Educación alimentaria nutricional a los residentes para tratar de modificar hábitos de alimentación incorrectos.
- Realizar actividades educativas con el personal cuidador, manipuladores de alimentos y equipo técnico del Centro de Atención Residencial de las PAM del INABIF, con temas enfocados en las necesidades identificadas en el diagnóstico.

S

4. Realizar el acompañamiento y supervisión en todas las actividades inherentes a la elaboración de los alimentos para los residentes: Abastecimiento, pesaje, control de calidad (conservación, elaboración y distribución).
5. Vigilancia Sanitaria del Servicio de Alimentación del Centro de Atención Residencial de PAM del INABIF.

P

### 3.3.1.4 Área Psicológica

El Equipo Técnico del CAR, a través del servicio de psicología, busca garantizar la atención integral de todas las necesidades de salud mental de los residentes, sus familias y el personal que labora en el CAR, mediante programas de atención individual y grupal, mejorando su calidad de vida y su desarrollo en el proceso de envejecimiento.

La salud mental contempla tres ámbitos diferentes y complementarios

P

- Ψ El ámbito de las vivencias subjetivas. Relacionada con la forma de relacionarse consigo mismo desde sus deseos, habilidades, ideales, creencias, sentimientos, entre otros.
- Ψ El ámbito de las relaciones personales y sociales. Relacionado con la forma y posibilidad de encuentro con otros.
- Ψ El ámbito de las condiciones físicas y socioeconómicas de existencia.

A

No se puede desconocer que la salud mental es un proceso determinado por un contexto que lo refiere no solo como un asunto individual si no por el contrario una posibilidad a partir de las condiciones de vida disponibles desde lo económico, político y cultural.

La ausencia o desequilibrio de salud mental desestabiliza el funcionamiento psicológico, biológico y social de toda persona. Comprende las alteraciones del pensamiento, emociones, percepción, voluntad y comportamiento.

M

El área de psicología específicamente atiende y vela por el bienestar individual y colectivo de los residentes en el CAR, promoviendo y/o fortaleciendo, según el caso:

- Ψ Estilos de vida saludables.
- Ψ Capacidad para afrontar la adversidad.
- Ψ Relaciones de índole satisfactorio, amicales y de respeto.
- Ψ Capacidad para reponerse de las situaciones de estrés y de trauma.
- Ψ El auto cuidado en los Adultos Mayores.



U

- Ψ Evaluación de ingreso y periódica para determinar condición y salud mental.
- Ψ Atención de los residentes que deseen ser escuchados y orientados.
- Ψ Acompañamiento de todos los usuarios del CAR.
- Ψ Informes psicológicos actualizados para cada PAM.
- Ψ Clima general de paz y dialogo.
- Ψ Reuniones con la familia de los residentes, cuando existe esta posibilidad.
- Ψ Encuentros con los amigos o compañeros de trabajo si existen a través de visitas supervisadas dentro y fuera del CAR.
- Ψ Taller de Psico-estimulación para el mantenimiento de capacidades cognitivas: lectura, escritura, dibujo, pintura, etc.

S

### 3.3.1.5 Área de Cuidado Permanente

P

El CAR busca desarrollar actividades que favorezcan al mantenimiento de la capacidad funcional, productiva y ocupacional de la población de Personas Adultas Mayores albergada en el CAR; por ello dispone de personal de atención permanente o Tutores o Personal de Apoyo, que con el perfil de "auxiliares de enfermería"; son parte viva de la dinámica de la unidad.

Estos trabajadores, realizan acompañamiento, supervisión y apoyo de los residentes, en todas las actividades que realizan en el CAR.

P

Responden a una programación y horario de trabajo de turnos que cubren las veinticuatro horas del día.

Promueven entre otras actividades y/ o eventos importantes:

A

- Ψ Gimnasia o actividad dirigida
- Ψ Caminatas
- Ψ Narran cuentos
- Ψ Participan de las celebraciones especiales
- Ψ Participan de las actividades y encuentros inter-generacionales; intra y extra muros
- Ψ Apoyan en las celebraciones de cumpleaños
- Ψ Aniversario del CAR
- Ψ Semana Santa
- Ψ Día de la madre y padre
- Ψ Día del adulto mayor, a nivel nacional e Internacional
- Ψ Día Mundial de la Toma de Conciencia contra el maltrato y abuso en la Vejez
- Ψ Día del amor y amistad
- Ψ Fiesta de disfraces y día de la Canción Criolla
- Ψ Fiestas Patrias
- Ψ Festividades navideñas
- Ψ Apoyan en la realización de los Talleres programados por el Equipo Técnico.

M

U

### 3.3.1.6 Área de Tecnología Médica.

#### 3.3.1.6.1 Terapia física:

El CAR busca mejorar la capacidad funcional de los usuarios institucionalizados en el CAR, realizando y utilizando medios físicos y ejercicios terapéuticos para potencializar el sistema músculo esquelético y prevenir las deficiencias, discapacidades y minusvalías que se presentan en los adultos mayores.

S

- Ψ Evaluación física, evaluación funcional y diagnóstico fisioterapéutico
- Ψ Determinado el diagnóstico fisioterapéutico se establece los logros a trabajar según la sintomatología encontrada en la evaluación.
- Ψ Formulación y ejecución del Plan de trabajo según la patología por medio de medios físicos, ejercicios terapéuticos y educación a los usuarios.
- Ψ Terapias dirigidas al equipo multidisciplinario para realizarlo a los usuarios en la semana.
- Ψ Recomendaciones fisioterapéuticas para los usuarios: Rehabilitación grupal e individual
- Ψ Control y seguimiento.

P

La metodología de los tratamientos en la fisioterapia podemos distinguir:

P

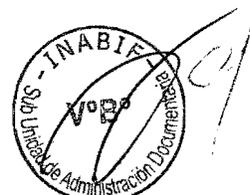
1. **Preventivos.** Son aquellos en que lo que se intenta es que no se produzca la causa y así no se producirá el efecto, por ejemplo, es decir evitar las alteraciones y las posibles apariciones de patologías, además de buscar la educación, y la realización de actividades que no afecten el sistema musculo esquelético.

2. **Tratantes.** Son aquellos que se producen de acuerdo al problema físico del residente:

A

- **Etiológicos.** Son aquellos en los que se trata la causa. Si se elimina la causa, debería eliminarse el efecto, por ejemplo, una persona con una fractura de miembro inferior tras la inmovilización tiene la musculatura atrofiada, eso le produce una cojera y como consecuencia tiene una lumbalgia, si fortalezcó ese miembro inferior, no habrá cojera y por lo tanto no habrá lumbalgia.
- **Sintomáticos.** Son aquellos en los que no podemos tratar la causa y sólo podemos tratar los síntomas o efectos que ha producido la patología, por ejemplo, una persona se ha fracturado una muñeca, tras haberle retirado la inmovilización tiene rigidez articular y atrofia muscular, haremos el tratamiento orientado a que recupere la fuerza y la movilidad ya que la causa no la podemos eliminar.
- **Paliativos.** Son aquellos tratamientos que se hacen cuando no podemos eliminar ni la causa ni los efectos y lo único que podemos hacer es mantener una comodidad y calidad de vida del paciente, por ejemplo, un paciente encamado por motivos oncológicos, haremos cambios posturales, movilizaciones y todo aquello que podamos para que se encuentre lo mejor posible, pero no habrá curación y el tratamiento va orientado a que se encuentre lo mejor posible.

M



U

**3. Control y seguimiento:** Cada cierto tiempo se deberá revisar la eficacia del tratamiento, si va bien para seguir con el mismo o pasar a otra cosa, dependiendo de los objetivos que nos hemos marcado, podemos modificarlos si hemos sido demasiado pesimistas, o bien si hemos sido demasiado optimistas los debemos revisar también. También debemos revisar las técnicas de tratamiento porque a lo mejor alguna de ellas ha sido ineficaz y la deberemos sustituir por otra si es posible.

S

Las principales herramientas de la fisioterapia son la terapia manual y la utilización de medios físicos, a desarrolla o utilizar son:

- Ψ Masoterapia: aplicación de las diferentes modalidades de masajes.
- Ψ Kinesiterapia: terapias del movimiento
- Ψ Ejercicios terapéuticos: ejercicios activos libres, resistidos, pasivos.
- Ψ Re-educación postural
- Ψ Movilizaciones articulares: activas y pasivas.
- Ψ Streching: maniobras terapéuticas para las patologías músculo esquelético.
- Ψ Fisioterapia neurológica: utilización de técnicas manuales para reeducación del tono postural, sinergias y patrones neuromotores patológicos,
- Ψ Fisioterapia respiratoria. Métodos manuales de desobstrucción de la vía aérea, re-equilibrio de los parámetros ventilatorios y reeducación al esfuerzo.
- Ψ Vendaje funcional para edemas y procesos inflamatorios

P

P

### 3.3.1.6.2 Terapia ocupacional:

Definida como "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales".

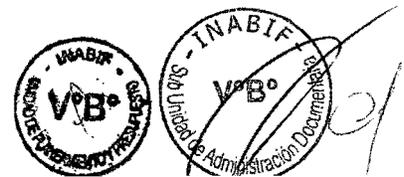
A

En el CAR se utilizan como estrategia de prevención y mantenimiento de las capacidades físicas y mentales de los residentes, lo cual es un factor determinante cuando se habla de independencia, autoestima y participación.

M

Partiendo del hecho de que todas la personas tienen características físicas, mentales y socioculturales diferentes, las actividades que se plantean para el cumplimiento de estas actividades programadas, deben de ser escogidas y analizadas de forma participativa con la población PAM, con el fin de buscar mayor participación en cada una de ellas.

- Ψ Bordado o costura
- Ψ Tejido
- Ψ Manualidades
- Ψ Bio-huerto
- Ψ Diligencias y/o apoyos de baja complejidad



U

- Ψ Cosmetología adecuada a las posibilidades del residente
- Ψ Repostería adecuada a las posibilidades del residente.
- Ψ Carpintería menor: pulido, lijar, pintar, etc.
- Ψ Lectura reflexiva, completamiento de textos, elaboración de historias

### 3.3.2 SOCIAL

S

#### 3.3.2.1 Área de Trabajo Social

El Equipo Técnico del Centro de Atención Residencial de las PAM del INABIF, a través del servicio de Trabajo Social realizará la evaluación social de los residentes, utilizando métodos y técnicas que permitan definir estrategias de intervención, que conformen el plan integral geronto geriátrico; que deberá ser expuesto a la persona adulta mayor para su conocimiento y aceptación. El o la Trabajadora social además de brindar acogida y dar la bienvenida a las PAM que ingresan al Car, realizan la siguiente labor:

P

- ◇ Apertura el expediente social y del expediente matriz.
- ◇ Evaluación social para la obtención del diagnóstico social.
- ◇ Desarrolla y ejecuta el Plan de intervención personalizado.
- ◇ Trabaja con redes sociales e integra a la persona adulta mayor en las diversas actividades programadas, previa evaluación de sus intereses y necesidades.
- ◇ En casos de hospitalización y/o fallecimiento deberá coordinar con el área médica para brindar inmediata asistencia y acompañamiento a fin de realizar oportunamente las coordinaciones y gestiones requeridas según el caso.
- ◇ Incentiva a los residentes para conocimiento y manifiesto de sus intereses.
- ◇ Evaluación del fortalecimiento de las relaciones interpersonales y habilidades sociales.
- ◇ Acciones de acompañamiento a los residentes y fortalecimiento de su auto valimiento, desenvolvimiento e interacción con otras personas y grupos.

P

A

M



U

S

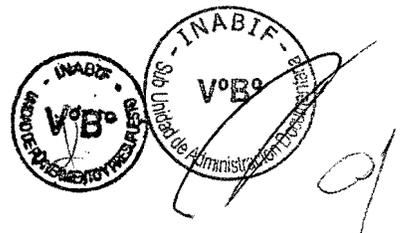
P

P

A

M

# CAPITULO IV



U

## 4.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS

### **Adulto mayor**

Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 o más años de edad.

S

### **Abandono de la Persona Adulta Mayor**

Falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional. Los adultos mayores suelen deprimirse mucho, no quieren comer y no quieren vivir e incluso quieren quitarse la vida.

Con la finalidad de orientar adecuadamente los servicios de apoyo y protección para las personas de 60 a más años; se considera útil clasificarlas en tres grupos:

P

### **Autovalente**

Es aquella persona de 60 años o más, capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía entre otros.

P

### **Atención integral**

Servicios orientados a satisfacer las necesidades de vivienda, alimentación, vestido, promoción, atención de la salud y recreación de las personas adultas mayores.

A

### **Calidad de Vida**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1994, es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

M

### **Discriminación**

Trato diferenciado que se da a una persona por determinadas cuestiones, que no obedece a parámetros objetivos ni a criterios de razonabilidad y proporcionalidad, lo que imposibilita su acceso a oportunidades esenciales a las que otros, en su misma condición acceden. (DS N° 013-2006-MIMDES, sobre el Reglamento de la Ley 28803).

### **Familia**

Institución natural, conformada por un grupo de personas unidas por un vínculo de parentesco. Es la célula básica de la sociedad. (DS N° 013-2006-MIMDES, sobre el Reglamento de la Ley 28803).

### **Envejecimiento Individual**

Proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias.



U

### **Envejecimiento Poblacional**

Termino que hace referencia al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre la vejez y la edad límite de ella.

S

### **Frágil**

Es aquella persona de 60 años o más, con alguna limitación para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Según el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (2002) realizado en Lima Metropolitana y Callao, el 37% tiene al menos un discapacidad o inhabilidad.

### **Heteronomía**<sup>13</sup>

Se refiere a la acción que está influenciada por una fuerza exterior al individuo, considerando tal acción como "no moral" (ni moral ni inmoral). Es decir, el caso en que la voluntad no está determinada por razón del sujeto, sino por lo ajeno a ella (la voluntad de otras personas, las cosas del mundo, la sensibilidad, la voluntad divina, etc...). Es el hecho de que otra persona tome decisiones que corresponden a un individuo, es decir que no es el individuo propiamente quien toma sus decisiones sino que son intervenidas. Sería lo contrario a la autonomía, ya que bajo este punto de vista no se pueden hacer las cosas con libertad sino que hay que basarse en normas impuestas por otras personas, a las cuales en estas circunstancias se debe obedecer.

P

P

### **Plan de trabajo**

Conjunto de programas y actividades dirigidos a los residentes, con un enfoque de atención integral y de desarrollo humano.

A

**Postrada:** Es aquella persona no autovalente que requiere cuidado y apoyo calificado de otra persona, porque tiene problemas severos de salud que la limitan a nivel funcional y/o mental. La persona dependiente y/o postrada, requiere ayuda para alimentarse, vestirse, tomar medicamentos, asearse; a veces no controlan esfínteres, como también pueden tener grave deterioro cognitivo.

### **Reactivación Física**

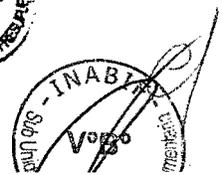
La reactivación física es aquella actividad o inducción a ella para mejorar la salud y calidad de vida de las personas adultas mayores, aporta beneficios a nivel físico, psíquico y socio-afectivo, conserva la fuerza, arcos de movimiento y condición cardiopulmonar.

M

### **Residente**

Persona adulta mayor que habita en el Centro de Atención Residencial.

<sup>13</sup> Término técnico introducido por el filósofo alemán Immanuel Kant.



U

**Riesgo**

Persona adulta mayor que carece de las condiciones esenciales y recursos económicos para su subsistencia y su salud. Por otro lado quien carezca de familiares o esté en estado de abandono. Asimismo pueda sufrir trastornos físicos y mentales que lo incapaciten o pongan en riesgo a él o a otras personas. (Ley 28803).

S

**Valoración Geriátrica**

Proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que investiga atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores.

P

**Terapia ocupacional:**

Arte y ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales.

P

A

M



U

## 4.2 SIGLAS Y ACRÓNIMOS

**CARPAM:** Centro de Atención Residencial Para Personas Adultas Mayores.

**CIAM:** Centro Integral del Adulto Mayor.

S

**DIPAM:** Dirección de Personas Adultas Mayores.

**MIMP:** Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

**PAM:** Persona Adulta Mayor.

**PAP:** Personal de Apoyo Permanente.

P

**USPPAM:** Unidad de Servicio de Protección Para Adultos Mayores.

**INABIF** : Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar.

P

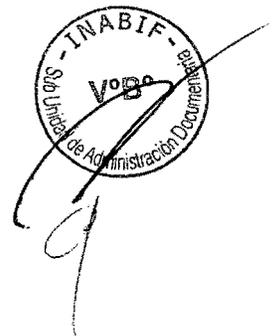
A

M



U  
S  
P  
P  
A  
M

# BIBLIOGRAFIA



U

- **ANZOLA PÉREZ, Elías**, La atención de los ancianos un desafío para los años noventa, David Galinsky, OPS (1994).
- **D.R. © Secretaría de Salud**, Principios del Abordaje Gerontológico en las Personas Adultas Mayores e Intervenciones básicas, 1ra Ed., Agosto 2012.

S

- **Dra. María M. Rodríguez Fernández**, Especialista de II Grado en Geriátrica y Gerontología, Corresponsal de la RLG en Cuba, Febrero 2014: "Enfoque Integrador del cuidado de las Personas Mayores en una Sociedad Envejecida".
- **Elisa Dulcey-Ruiz y Deisy Jeannette Arrubla Sánchez**: "Envejecimiento y Vejez en Colombia", Agosto 2013.

P

- **INAPAM – Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de México**, "Modelos de Atención Gerontológica", producción 2012.
- **Luis Rodríguez-Piñero Royo**<sup>14</sup>, "Los Desafíos de la protección Internacional de los Derechos Humanos de las personas de Edad", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas, 2009.

P

- **Pilar Rodríguez Rodríguez**,: La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia, 2010.
- **Plan Nacional del Adulto Mayor, 2013 – 2017**, "Plan Nacional del Perú, para las Personas Adultas Mayores 2013-2017", que consta de nueve (9) capítulos y comprende cuatro (4) objetivos estratégicos, 23 acciones estratégicas, y el Anexo: "Matriz del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017".

A

M

---

<sup>14</sup> *Este documento fue elaborado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, en el marco del proyecto RLAP41A Anual Work Plan 2009 UNFPA LACRO/CEPAL. Fue realizado bajo la supervisión de Dirk Jaspers\_Fajier, Director de la División, y coordinado por Sandra Huenchuan, experta en envejecimiento del CELADE. Su redacción estuvo a cargo de Luis Rodríguez-Piñero Royo, consultor del CELADE. La investigación contó también con el apoyo de Carmen Márquez Carrasco. Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.*

