

**INNOVACIÓN SOCIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR: ESTUDIO DE CASO DEL PROGRAMA CENTRO DÍA EN
SANTIAGO DE CALI**

PAOLA ANDREA SUAREZ MOLANO

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN GERENCIA PARA LA INNOVACIÓN SOCIAL
CALI, 2017**

**INNOVACIÓN SOCIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR: ESTUDIO DE CASO DEL PROGRAMA CENTRO DÍA EN
SANTIAGO DE CALI**

PAOLA ANDREA SUÁREZ MOLANO

Trabajo de grado para obtener el título de Máster en Gerencia para la Innovación Social

Asesor: JUAN PABLO MILANESE

Jefe departamento de Estudios Políticos

Ph. D / Doctorado Política institucional - Università di Bologna

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

MAESTRÍA EN GERENCIA PARA LA INNOVACIÓN SOCIAL

CALI, 2017

TABLA DE CONTENIDO.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| INTRODUCCIÓN. | 5 |
| PARTE I. INFORMACIÓN GENERAL | |
| 1. ANTECEDENTES. | 7 |
| 2. DEFINICIONES | 9 |
| 3. POLITICA PÚBLICA EN BENEFICIO DEL ADULTO MAYOR..... | 10 |
| PARTE II. PROGRAMAS PARA EL ADULTO MAYOR | |
| 4. PROGRAMAS INTEGRALES PARA EL ADULTO MAYOR EN CALI | 13 |
| 5. DESARROLLO DEL PROGRAMA “CENTRO DÍA” | 14 |
| PARTE III. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA POBLACIÓN Y MECIÓN DE IMPACTO DEL PROYECTO | |
| 6. CARACTERIZACIÓN SOCIAL | 20 |
| 6.1. Metodología | 20 |
| 6.2 Resultados encontrados | 21 |
| 7 EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA..... | 25 |
| 7.1 Metodología | 25 |
| 7.2 Resultado..... | 27 |
| CONCLUSIONES | 40 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 42 |

FIGURAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Líneas de intervención del programa Centro Día..... | 17 |
| Figura 2. Tiempo de vinculación del adulto mayor al programa..... | 27 |
| Figura 3. Estado nutricional de los beneficiarios | 29 |
| Figura 4. Satisfacción con las actividades psicosociales..... | 31 |
| Figura 5. Con quién viven los abuelos 2016 | 34 |
| Figura 6. Percepción de las redes de apoyo 2016..... | 35 |
| Figura 7. Percepción del fortalecimiento de las Redes de Apoyo | 37 |
| Figura 8. Percepción del mejoramiento de las relaciones con la familia..... | 38 |
| Figura 9. Percepción del restablecimiento de lazos familiares..... | 39 |

TABLAS

| | |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Frecuencia de alimentación 2015 vr 2016..... | 30 |
| Tabla 2. Frecuencia actividad física en 2015 vr. 2016 | 32 |
| Tabla 3. Percepción de la salud 2015 Vr. 2016..... | 33 |

INTRODUCCIÓN.

Los avances científicos y técnicos que ha tenido la medicina durante el siglo XX y XI y el mejoramiento de la salud pública en el mundo; ha hecho que la esperanza de vida de las personas en algunos países más que en otros se incremente, como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un comunicado de prensa del 2016 “La esperanza de vida se incrementó en 5 años entre 2000 y 2015, el aumento más rápido desde los años 60.... A escala mundial, la esperanza de vida de los niños nacidos en 2015 era de 71,4 años”¹ dado la longevidad de la raza humana es importante que en el mundo se implementen más estrategias que le permita a los adultos llegar a la edad mayor de manera saludable y tranquila.

Teniendo en cuenta lo anterior, podríamos decir que en aquellos países donde la esperanza de vida se incrementó y la tasa de natalidad se disminuyó, estarían viviendo un cambio poblacional; es decir, que cada día se va a encontrar más población adulta que joven, afectando la posible desaparición del “bono demográfico”² y llegando en su defecto a la creación del impuesto demográfico³ en donde la población laboralmente activa deberá soportar los costos que se requieren para mantener al resto de la población saludable.

La situación mencionada no es ajena a Colombia, en donde según los indicadores de esperanza de vida, las personas viven en promedio 74 años⁴ y el 50% de los adultos mayores dependen de los

¹ comunicado de prensa de la Organización Mundial de la salud del 19 DE MAYO DE 2016 | GINEBRA “La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias”

² ‘bono demográfico’, el hecho de contar con una pirámide de edades en la cual la población en edad de trabajar, particularmente la más joven, es alta en relación con la población dependiente, que son los menores de edad y los que ya no trabajan. Revista portafolio del 8 de septiembre de 2013 ¿Perdió Colombia el bono demográfico?

³ La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe, documento de referencia del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)

⁴ informe divulgado por el Departamento de Estadística (DANE).

recursos que disponga el estado (pensión o subsidio de vejez) como lo informó Santiago Montenegro presidente de Asofondos en la revista portafolio en el 2013.

Solo uno de cuatro adultos mayores en Colombia recibe pensión, siendo la mayoría de veces insuficientes para responder a sus propias necesidades básicas de alimentación y vivienda sin contar con que, muchos de ellos, son los únicos que tienen ingresos en un núcleo familiar donde las demás personas se encuentran desempleadas o en la informalidad. Una información aún más preocupante es que el 44% de los adultos mayores viven en condición de pobreza, según resultados obtenidos en la encuesta SABE⁵

Y si adicionamos a la información anterior que solo el 25% de la población adulta realiza alguna actividad física (información de la encuesta SABE) nos encontramos con un grupo poblacional cada vez más grande, poco saludable e intranquilo.

Es por lo anterior que en el año 2015 en la Ciudad de Cali – Colombia, la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social en convenio con la Corporación para la Recreación Popular deciden implementar un programa integral e innovador “Centro Día” para el adulto mayor que genera salud y bienestar a dicha población, realizando actividades de inclusión social bajo la aplicación de las políticas públicas existentes.

En los próximos capítulos se detallará la ejecución del programa “Centro Vida” que se ha implementado en la ciudad de Cali y su impacto logrado en esta población.

⁵ Encuesta SABE (estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento) promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud.

PARTE I. INFORMACIÓN GENERAL

1. ANTECEDENTES.

En el mundo

Desde 1949⁶ la Organización de las Naciones Unidas (ONU), ya se estaba hablando de la necesidad de diagnosticar e intervenir en la etapa del ciclo vital del ser humano, llamado vejez; año en el cual el Secretario General de la ONU, presentó un informe de cómo estaba la seguridad, la economía, la vivienda, la salud, la atención en instituciones, el empleo, el bienestar y el esparcimiento en los adultos mayores del mundo.

Sin embargo, es hasta 1982 en Viena donde se realiza la primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, cuyo objetivo era “promover la concientización mundial del envejecimiento como proceso poblacional e individual, y su alcance social global”⁷, en donde destacaron las consecuencias económicas, sociales y culturales que el envejecimiento de la población tiene en el proceso de desarrollo de un país.

En Colombia

Son pocos los estudios poblacionales que se han realizado en Colombia sobre la vejez, solo hasta el año 2013 se inició el diseño de dos grandes encuestas que permiten determinar el estado del adulto mayor de forma integral, para ajustar las políticas públicas nacionales y diseñar o reestructurar los programas existentes.

⁶ Año en el cual se publicó la Resolución 2599 (XXIV) de 1969 de la Asamblea General de Naciones Unidas

⁷ Informe del Secretario General de las Naciones Unidas (Javier Pérez de Cuellar) al Consejo Económico y Social (ECOSOC) en su último periodo de sesiones de 1985.

Es así como entre el año 2014 y 2015 se llevó a cabo la encuesta SABE EN COLOMBIA⁸ en áreas urbanas y rurales de 32 departamentos, con participación de más de 30 mil hombres y mujeres mayores de 60 años del país la cual arrojó datos socioeconómicos, del entorno físico y social, de la conducta, la cognición y el afecto, la funcionalidad, el bienestar mental, las condiciones médicas y de salud, y el uso y acceso a servicios de salud.

Al mismo tiempo (2012 – 2015) se desarrollaba el estudio llamado “Misión Colombia Envejece”⁹ en donde se evidenció que la población mayor de 60 años de Colombia crece aceleradamente, por lo cual se espera que para 2050 sean 14,1 millones, que corresponderían al 23% por ciento de la población total, por lo que se proyecta que a partir de 2020 se iniciará el fin de una sociedad juvenil.

La vejez en Cali

Cali está en la senda de tener una población cada vez más adulta. De acuerdo con cifras de la Secretaría de Bienestar Social, 299.460 adultos mayores de 60 años (el 13 % de la población) viven en la capital del departamento.

Para la mayoría de adultos mayores de los países en vía de desarrollo, la vejez es sinónimo de discriminación, maltrato y tristeza. Se estima que en Santiago de Cali existen 105.290 adultos mayores vulnerables (según Fuente: Proyecciones DANE 2014 al 2020 (Puntaje menor de 43,63%), lo que representa un 38% de la población adulta de la ciudad.

⁸ Encuesta SABE (estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento) promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud.

⁹ Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p.

2. DEFINICIONES

Adulto mayor

Según la ley 1276 del 5 de enero de 2009, el adulto mayor es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. Una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen.

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos ‘persona de la tercera edad’ y ‘anciano’. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

La expresión “**tercera edad**” es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina).

Inclusión

La Inclusión es un enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad, a través de la activa participación en la vida familiar, en la

educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades (Unesco, 2005).

La Inclusión Social es un proceso que asegura que todos los integrantes de la sociedad participen de forma equitativa en diferentes ámbitos: educativo, económico, legal, político, cultural, etc.

Cubre aspectos como la vida (plena) en comunidad, la autonomía en la toma de decisiones, la participación ciudadana, el acceso y uso de los bienes y servicios disponibles para los ciudadanos.

Una sociedad inclusiva es aquella que reconoce que todas las personas tienen el mismo valor, sólo por la condición de ser humano. La inclusión en la comunidad se da desde la primera infancia y debe suceder durante toda la vida (Red de paz, febrero 2011).

3. POLÍTICA PÚBLICA EN BENEFICIO DEL ADULTO MAYOR

La concepción de política pública hace referencia a las orientaciones generales asumidas por un gobierno para dar respuesta a un problema o una situación de interés para una región o para un sector poblacional específico, que presenta características similares en razón de sus particularidades (Red para el Desarrollo de Adultos Mayores [RAM], 2009).

Las políticas sobre Envejecimiento y Vejez, son lineamientos definidos por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual.

Evolución de la política pública del adulto mayor en el mundo

El envejecimiento y la vejez comenzaron a posicionarse como tema importante en la agenda de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1.948, en donde uno de los actores clave fue Colombia y en el año 1.999 “Año Internacional de las Personas de Edad”, se adoptaron las

primeras políticas internacionales: “Marco de Políticas para una Sociedad para todas las Edades” y “Programa de Investigación para el Envejecimiento en el siglo XXI”.

Evolución de la política pública en Colombia

La primera ley que permitió generar ingresos para programas del adulto mayor fue la Ley 48 DE 1986 en donde se autoriza la emisión de una estampilla pro-construcción, dotación y funcionamiento de los centros de bienestar del anciano. Sin embargo, solo aplicaba para Bogotá.

Posteriormente con la Ley 100 de 1993, se formalizó la atención a las personas mayores, ante lo cual se responsabilizó al Estado para cubrir los costos de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo, se establecieron programas de servicios de auxilios para los ancianos indigentes, que carezcan de las condiciones de subsistencia, y se encuentren en situación de pobreza extrema o indigencia.

Sin embargo, los programas para el adulto mayor no eran implementados por fuera de Bogotá dada la falta de recursos; es por esto que en 2001 se crea la Ley 687, por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, autorizando la emisión de la estampilla para el funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad para todos los municipios del país. Pero es hasta el 2009 con la ley 1276 en donde se amplía el concepto de los programas para el adulto mayor, estableciendo nuevos criterios para la atención integral a dicha población, dando nacimiento a los **centros vida**.

Política pública del adulto mayor en Santiago de Cali

En la ciudad de Santiago de Cali se carece de una política municipal que fomente la implementación de la ley 1276 de 2009, la cual establece el recaudo de la estampilla para el

bienestar del adulto mayor como mecanismo para la captación de recursos que apalanquen el desarrollo de instituciones de Centro Vida, programa que se encuentra dirigido a la población mayor de 60 años vulnerable (niveles 1 y 2 del SISBEN); quienes requieren acompañamiento integral a sus necesidades para lograr el mejoramiento de su calidad de vida.

Esta Estampilla fue autorizada a nivel nacional y departamental, pero son los municipios los que la crean. Hoy, solo Buenaventura, Dagua, La Cumbre, Florida, Palmira, Buga, Jamundí y Yumbo la tienen.

Lo anterior genera la falta de recursos para la implementación de programas para el adulto mayor vulnerable, la cual actualmente solo depende de la voluntad política a través de la asignación de recursos del plan de desarrollo del Municipio.

Dependerá el éxito de una política de su eficacia para la solución al problema planteado, de su factibilidad, esto es, de la disponibilidad de recursos físicos, humanos, financieros y compatibles con las expectativas de los grupos sociales implicados y del propio gobierno que la impulsa.

PARTE II. PROGRAMAS PARA EL ADULTO MAYOR

4. PROGRAMAS INTEGRALES PARA EL ADULTO MAYOR EN CALI

Debido a la etapa en que se encuentran los adultos mayores disminuye su nivel de productividad, salud y habilidades cognitivas, convirtiéndose en muchos casos en una carga para sus familias, añadiéndole la falta de recursos económicos de la población de estratos 1 y 2 de la Ciudad de Cali.

La vulnerabilidad del adulto mayor está relacionada con la soledad, el abandono, la pobreza y el maltrato. En algunos casos no son tenidos en cuenta en las dinámicas familiares y sociales, haciendo que su presencia resulte incómoda. Hay momentos en que el adulto mayor no expresa sus pensamientos y sentimientos abiertamente por el miedo a la burla y al estigma social, ocasionando disminución en la participación social en diferentes ámbitos.

Sumado a lo anterior, las pocas posibilidades que tiene esta población de vincularse a programas donde se les brinde la oportunidad de interactuar con sus pares o con otras generaciones y donde cuenten con una atención integral (biológica, psicológica, social, funcional y ambiental) hace que su calidad de vida sea cada vez menor.

Sin embargo, no podemos desconocer que desde hace más de 10 años existen programas liderados por la Alcaldía Municipal que atienden a la población adulta mayor ofreciéndoles alternativas que suplen algunas necesidades básicas puntuales, como: programas deportivos, fisioterapia para grupos de adulto mayor, talleres de manualidades, comedores comunitarios, pensión del adulto mayor, entre otros, evidenciado el funcionamiento de estos programas de

manera desarticulada y logrando una “Carencia de programas integrales dirigidos al adulto mayor en situación de vulnerabilidad”.¹⁰

El único programa integral subsidiado por la Alcaldía donde los adultos mayores pueden permanecer, es el Hospital Ancianato San Miguel; donde tienen 150 cupos en internado, 50 en el programa Centro Día (que pasan un tiempo allí, pero duermen en otra parte) y 60 pagan pensión para residir allí; por lo que se evidencia la necesidad de más sitios subsidiados y que cumplan estándares de calidad para atenderlos.

Solo hasta junio de 2015 se amplía el cumplimiento de la LEY 1276 de 2009, en donde establece la obligatoriedad de crear los Centros Vida en los municipios, siendo Cali una de las grandes ciudades de Colombia que no había iniciado su implementación, año en el cual se logró implementar los Centros Vida con recursos de la entidad municipal, alcanzado solo un cubrimiento a una población objetivo de 423 adultos mayores, representando solo el 0,4% del total de los adultos mayores vulnerables de la ciudad.

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA CENTRO DÍA

En el año 2015, la Secretaría de Bienestar Social a través del eje temático del adulto mayor, abordó esta problemática desde un enfoque social integral con la puesta en marcha del programa Centro Día. Este programa que se encuentra establecido desde el año 2009 en la ley 1276 y que no había sido aplicado en años anteriores, consiste en la aplicación de un conjunto de intervenciones que buscan disminuir la vulnerabilidad de los adultos mayores y sus familias y mejorar su calidad de vida a través del desarrollo de siete ejes temáticos.

¹⁰ Plan de desarrollo, Municipio Santiago de Cali (2012 – 2015)

Dado el excelente resultado obtenido en el año 2015, la Secretaría de Bienestar Social decide continuar con la Corporación para la Recreación Popular como operadora del programa, entidad con la que a través de una alianza se ha logrado implementar el programa Centros Vida (política nacional) bajo un enfoque innovador en los parques recreativos de Cali bajo el nombre Centro Día.

Para el año 2016, el programa tenía como objetivo permitir el ingreso a las 15 unidades recreativas para los 499 adultos mayores durante 160 días y a su vez implementar un Centro Día en el corregimiento de Pance para el adulto mayor en alto grado de vulnerabilidad, que promueva un modelo de atención e intervención integral y de protección favoreciendo la permanencia de esta población en el ámbito social-familiar y el mejoramiento de su calidad de vida.

5.1. Metodología programa Centro Día

La metodología utilizada es: participativa, dinámica y vivencial, con énfasis en el aprender a hacer, aprender a ser y aprender a aprender, apoyando el desarrollo del capital humano, social, político, cultural, ambiental y solidario; para que los beneficiarios se apropien y pongan en práctica la formación recibida. El trabajo se realiza mediante talleres vivenciales con los cuales se garantiza la retroalimentación entre los beneficiarios, generando procesos efectivos de acompañamiento y seguimiento con indicadores medibles y verificables.

La modalidad de atención es de pasadía, de lunes a viernes en el horario de 8:00 AM a 4:00 PM, tiempo durante el cual se les brinda la atención integral de acuerdo a las 7 líneas de intervención. Para el desarrollo de las actividades se realizó el suministro de materiales y la adecuación de espacios.

Este programa se diseñó para desarrollar actividades con un enfoque diferencial en la atención de las(os) adultos mayores en situación de vulnerabilidad, mediante actividades que tocan aspectos relacionados con el entorno, los estilos de vida saludables, educación en salud, la promoción de los derechos, la organización, el autocuidado, las oportunidades de ocio productivo, alimentación balanceada, el reencuentro familiar, la asistencia social, integraciones socioculturales, la recreación y el deporte como apoyo a la disminución de enfermedades crónicas degenerativas, recordando siempre que la calidad de vida de las personas adultas mayores, se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad. Programa con el que se pretende rescatar al adulto mayor como actor social que trae consigo la historia de la comunidad y la familia y así mejorar su calidad de vida. Procurando darle un sentido más positivo a su diario vivir, mejorando cada año de vida.

El desarrollo de las actividades se realiza mediante las 7 líneas de intervención en cada unidad recreativa de barrio, con el siguiente direccionamiento:

Figura 1. Líneas de intervención del programa Centro Día



Fuente: formulación del programa, Corporación para la Recreación Popular

- **Nutrición:** se garantizará la alimentación del adulto mayor durante su permanencia en el Centro Día, la cual consiste en desayuno, almuerzo y refrigerio en la tarde; la minuta de alimentos se ciñe a recomendaciones impartidas por el nutricionista de acuerdo a la población a atender y menús especiales para casos puntuales que requiera alimentación diferente; este análisis lo realiza el nutricionista teniendo en cuenta la evaluación de ingreso y las sugerencias del médico.

La línea de intervención nutricional es de gran relevancia en Centros Día para el bienestar y la calidad de vida de las personas, más aún para el adulto mayor, que atraviesa un proceso general tanto físico como psicológico de cambios significativos, donde el declive y el deterioro de funciones que anteriormente habían tenido una cúspide en su desarrollo, se ven

altamente afectados dada la esencia de esta etapa, pero ¿cómo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida? A partir de la alimentación se favorece considerablemente el bienestar de las personas mayores, aportando a las necesidades de consumo de nutrientes según los requerimientos energéticos, proteicos, grasas, vitaminas y minerales que contribuyen a disminuir el riesgo tanto de padecer como el progreso de patologías relacionadas con la nutrición. De esta manera la alimentación se puede considerar la fuente vital de energía del ser humano para el funcionamiento.

- **Apoyo psicosocial:** se brinda atención psicológica, preventiva y personalizada en caso de requerirse. Se realizan talleres en grupo con temática especial de acuerdo al análisis y resultados observados en los participantes dentro de la dinámica social en los Centros Día; también se convoca a integrantes de las familias como responsables directos de los beneficiarios para realizar un trabajo de sensibilización del cuidado y protección del adulto mayor; en caso que se detecten situaciones de violencia, maltrato y abandono se realizará la remisión de los casos a las entidades correspondientes.
- **Atención primaria en salud:** durante la permanencia del adulto mayor en el centro se realizan actividades de promoción de estilos de vida saludables con médicos y auxiliares de enfermería. Se realiza atención de primeros auxilios, en caso de ser necesario; se gestionan brigadas de salud con la Secretaría de Salud Municipal, incluido el servicio de odontología; también se hace el acompañamiento en el cuidado de la salud cuando tengan que hacer uso de medicamentos siguiendo las recomendaciones prescritas por su médico del sistema de salud SISBEN.
- **Ocupación productiva del tiempo libre:** se desarrollan actividades de capacitación mediante talleres ocupacionales productivos, la programación de las temáticas de los

talleres se construye con los participantes de acuerdo a los talentos, gustos y preferencias de la población beneficiaria. Para la realización de talleres se compraron los insumos necesarios, el producto final pasa a ser de los participantes quienes decidirán sobre su destino final. Con este tipo de talleres se pretende dotar a los adultos de conocimientos para que puedan acceder a fuentes de ingreso si es de su elección y gusto.

- **Actividades deportivas, recreativas, artísticas y culturales:** en la programación semanal se realizan actividades deportivas, recreativas, artísticas y culturales; también incluyen espacios de motivación a la lectura y escritura; en español e introducción al idioma inglés, matemáticas articuladas para fortalecer este aspecto funcional en cualquier instancia de la vida cotidiana; así como también talleres con carácter jurídico que brinda elementos suficientes y necesarios en la normatividad legal que cobija a los adultos mayores. Y por último, se encuentran las salidas de integración sociocultural y celebraciones de fechas especiales y cumpleaños.
- **Encuentros intergeneracionales:** se realizan gestiones de convenios con las Instituciones Educativas o proyectos cercanos a los Centros Día, con el fin de llevar a cabo encuentros intergeneracionales entre los adultos mayores y los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en los cuales se desarrollan actividades de alfabetización, intercambio de experiencias y conocimientos tecnológicos. Este es un elemento clave para avanzar en la cultura del respeto, reconocimiento, apoyo e intercambio entre las diferentes generaciones.
- **Promoción de la constitución de redes de apoyo:** El desarrollo de esta línea de intervención se realiza con la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social, quienes tienen la información de primera mano de los posibles aliados al programa.

PARTE III. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA POBLACIÓN Y MECIÓN DE IMPACTO DEL PROYECTO

6. CARACTERIZACIÓN SOCIAL

La caracterización describe las condiciones de vida personales, familiares y el entorno en el que se desenvuelve la población de Adultos Mayores, beneficiaria del proyecto Centros Día para la atención integral.

6.1. Metodología

Para realizar la caracterización social de los beneficiarios del programa, se utilizó la información consignada por cada adulto mayor al momento de su ingreso en la ficha de identificación DUB (Destinatario, Usuario, Beneficiario), herramienta utilizada y suministrada por la oficina de atención al adulto mayor de la Alcaldía de Santiago de Cali, la cual contiene datos personales, registro fotográfico, valoración médica de ingreso y evaluación con nutricionista, psicólogo o trabajadora social y fisioterapeuta.

La información suministrada fue tabulada y graficada en Excel.

6.2 Resultados encontrados

El total de la población evaluada es de 459 abuelitos activos en el año 2016, en su mayoría del género femenino (62,3%). El estrato predominante es el 2, con casi el 50%; la mayoría de los sujetos están en los estratos 1 y 2 (91% del total). Respecto a la raza, 118 son afrodescendientes (25,7%) y 12 son de raza indígena (2,6%), el resto de los participantes se considera de raza mestiza (71,7%).

De las características de cómo viven los abuelitos, encontramos que el 10,5% vive con familiares, el 19% vive solo en su vivienda y el resto vive en inquilinato.

Cuadro 1. Descripción sociodemográfica de los participantes del programa

| CARACTERISTICA | | Cantidad | Porcentaje |
|---------------------|------------------|----------|------------|
| GENERO | Masculino | 173 | 37,7% |
| | Femenino | 286 | 62,3% |
| ESTRATO | 0 | 3 | ,7% |
| | 1 | 226 | 49,2% |
| | 2 | 193 | 42,0% |
| | 3 | 36 | 7,8% |
| | 5 | 1 | ,2% |
| RAZA | Afrodescendiente | 118 | 25,7% |
| | Indigena | 12 | 2,6% |
| EDUCACION | Ninguna | 366 | 79,7% |
| | Primaria | 78 | 17,0% |
| | Bachiller | 11 | 2,4% |
| | Universitaria | 4 | ,9% |
| VIVE SOLO | No | 370 | 80,6% |
| | Si | 89 | 19,4% |
| VIVE CON FAMILIARES | No | 411 | 89,5% |
| | Si | 48 | 10,5% |
| PAREJA ESTABLE | No | 382 | 83,2% |
| | Si | 77 | 16,8% |

Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

El universo de beneficiarios es un escenario actual representado por ciudadanos provenientes del pacífico colombiano (69%) cuya edad media es de 73 años, distribuidos entre los 53 y 106 años. En su mayoría son mujeres y cuenta con 17 (4%) Adultos Mayores menores de 60 años. Personas que han sido incluidas en el proyecto porque tienen algún tipo de discapacidad y/o limitación comprobada o circunstancias como ser habitante de calle.

Al establecer la relación entre el género y el estado civil de los Adultos Mayores se pone en relieve la soltería y la viudez en ambos subgrupos. No obstante, a nivel general, los solteros son mayoría; representan el 42%, seguidos de los viudos (30%), luego aparecen los casados, los separados o divorciados y en menor porcentaje las uniones libres.

Sobre las mujeres recae el peso de las muertes de los cónyuges (23% vs 7%). Circunstancia que determina las jefaturas de los hogares; son ellas las que asumieron la responsabilidad y control de sus familias a partir del cambio de rol en la dinámica familiar que en principio implica perder la pareja.

La clasificación de las viviendas de los Adultos Mayores muestra que solo el 37% de ellos posee la propiedad sobre ellas y el 50% pertenecen al estrato socioeconómico 1 (bajo-bajo), las ubicadas en el estrato 2 (bajo) son el 42% y del 8% clasificadas en el estrato 3 (medio-bajo). Con certeza, la población atendida en el proyecto cumple a cabalidad con los parámetros de vinculación que describe la vulnerabilidad de las personas en la vejez.

La situación de riesgo y vulnerabilidad en la que se encuentran los Adultos Mayores tiene como determinante social en buena medida el nivel de educación alcanzado. En este caso, el nivel educativo predominante (79%) es el de primaria incompleta; aquellos que lograron culminarla son el 17%, el 3% consiguió completar la secundaria; dato idéntico al de los que no tienen escolaridad; los que no saben leer ni escribir son el 28% y solo el 1% es profesional, un nivel importante de conocimiento que permite competir en el mercado laboral y da herramientas para evitar la decadencia social, pero que tampoco es garantía para alcanzar una calidad de vida digna. En consecuencia, el 78% no ocupa su tiempo en algo diferente a asistir al Centro Día correspondiente. Esto no solo tiene que ver con las circunstancias objetivas de la etapa en que viven, sino con las trayectorias laborales y los niveles de escolaridad. Probablemente Adultos Mayores que se consideran activos, pero que por su avanzada edad no pueden realizar actividad económica alguna.

Uno de los aspectos de la vejez que los Adultos Mayores consideran como negativo es “no poder trabajar”. Indican¹¹ que el envejecimiento ha cambiado sus vidas al punto que el cansancio físico, la aparición de enfermedades, la soledad y la dinámica del mercado laboral los ha llevado a la dependencia absoluta; y que dentro de las actividades a las cuales deben dedicarse las personas como ellos es a trabajar. En consecuencia, aquellos que no cuentan con una fuente “propia” manifestaron necesitar ayuda económica (subsidios) del Estado o que les gustaría tener un negocio propio “sentarse a vender”.

En general, en cuanto a los efectos biológicos de la vejez prevalecen las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial (53%), la Diabetes (14%) y el Hipertiroidismo (13%) y algunas discapacidades físicas (14%) y en menor oportunidad aquellas que afectan el sistema sensorial y cognitivo (1%). En muchos casos estas patologías están asociadas al efecto que produce en el tiempo las malas condiciones de trabajo y de vida en general. Todo ello conduce en la vejez a una salud y una calidad de vida deterioradas. La ocupación ejercida, la educación y el estatus socioeconómico se encuentran asociadas a la mala salud objetiva y subjetiva.

“En los Adultos Mayores, sobre todo en los de más edad, coincide una serie de vivencias comunes en condiciones de vida que hace presumir que muchos de los rasgos que se observan en ellos y que pueden ser atribuidos al efecto de la edad, lo son más bien al de grupo. Lo que ocurre es que sus efectos se acumulan.”¹²

En conclusión, la realidad social a la que se viene enfrentando esta población de la ciudad de Cali representa por su complejidad grandes desafíos para el gobierno local, instituciones con vocación de servicio social, la familia y por supuesto para los mismos Adultos Mayores.

¹¹ Grupos Focales.

¹² BAZO, María Teresa. LA NUEVA SOCIOLOGÍA DE LA VEJEZ: DE LA TEORÍA DE MÉTODOS. Universidad del País Vasco. 1992.

“Se evidencian bajos niveles de escolaridad, menos posibilidades de empleos estables y bien remunerados, así mismo, las aspiraciones al goce de una pensión. Ello no significa que la vida social de los Adultos Mayores esté únicamente determinada por relaciones económicas. Pero es innegable que las condiciones de estabilidad y tranquilidad que genera tener resueltos los problemas económicos, permiten elaborar un proyecto de vida personal y familiar a término largo. La alimentación, la salud, el consumo de bienes y servicios, las formas de apropiación de espacios, las formas de relacionarse con el entorno, los gustos y el gasto, están marcados por una fuerte relación recíproca entre la educación y la economía, pero también por el origen social. Son el contexto cultural y las políticas públicas factores que permiten descubrir la incidencia de las decisiones tomadas en edades menos avanzadas en las repercusiones sobre la calidad de vida de las personas de la tercera edad.”¹³

En contraste, y aunque el principal sistema social del Adulto Mayor es la familia, es el subsidio del programa “Colombia Mayor” el que permite la subsistencia de ellos. Si bien la familia es una unidad social en la que varias personas -relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción- brindan apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas,¹⁴ en este caso, no es el soporte principal ni la red social primaria.

7 EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA

7.1 Metodología

¹³ Comentario del sociólogo Carlos Galez del programa Centro Día.

¹⁴ ZAVALA, Mercedes. VIDAL, Daysi. CASTRO, Manuel. QUIROGA, Pilar. KLASSEN, Gonzalo. FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR. *Rev. Ciencia y Enfermería* Vol. 12. N° 2. Concepción, Chile. 2006.

Para la medición de impacto del programa se estandarizaron los datos obtenidos, a través de un análisis cuantitativo y como complemento recopila información cualitativa; resultando un análisis descriptivo de los resultados extraídos.

Se contó con dos poblaciones que han intervenido en el proyecto: los Adultos Mayores y los familiares, de los cuales se extrajo una muestra representativa de la siguiente manera:

1. Adultos Mayores: Muestreo de Tipo Probabilístico¹⁵ Aleatorio SIMPLE
2. Familiares: No Probabilística¹⁶ Establecida Por Cuotas¹⁷

El análisis de esta información se realizará mediante el cruce de variables para analizar categorías utilizando el programa EPI INFO V7¹⁸ Y MIRCOSOFF EXCEL 2016.

Muestra del Adulto mayor

Teniendo en cuenta que la muestra determina un subconjunto de la población en la que se pretende analizar información que es representativa y probabilística, se seleccionó a través de un muestreo aleatorio simple los Adultos Mayores. Esta muestra cuenta con una frecuencia de 50%, margen de error del 5% y se estima un nivel de confiabilidad del 95%, calculado mediante el programa EPI INFO indicando un total que corresponde a 217 Adulto Mayores

Muestra de familiares de los beneficiarios

¹⁵ Cuando los integrantes de la muestra se escogen al azar y por lo tanto, puede calcularse con antelación la probabilidad de obtener cada una de las muestras que pueden formarse de esa población o la probabilidad que tiene cada elemento de la población de ser incluido en la muestra.

¹⁶ También muestras por conveniencia, los elementos son escogidos con base en la opinión del investigador y se desconoce la probabilidad que tiene cada elemento de ser elegido para la muestra.

¹⁷ En el cual el investigador establece una cuota o cantidad de elementos según algunas características de la población, ejemplo: sexo, estado civil y edad, luego escoge los sujetos que encuentra hasta cubrir la cuota establecida

¹⁸ Programa de software gratis del dominio público desarrollado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

En lo concerniente a los familiares, se establece una muestra no probabilística, realizada a las familias de los Adultos Mayores que han sido atendidas por los profesionales del área psicosocial, identificando los casos que han tenido continuidad en la intervención psicoterapéutica, es decir, que hayan tenido una continuidad en atención psicosocial. Por lo anterior se seleccionó de 1 a 2 casos por cada Centro Día, un promedio de 24 casos en general.

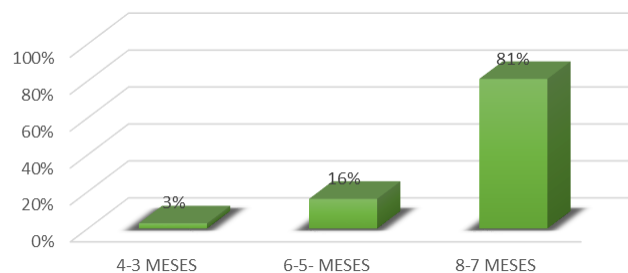
7.2 Resultado

Antes de iniciar a evaluar el impacto del programa en los beneficiarios, es importante identificar si su permanencia ha sido por un tiempo suficiente, que permita determinar si los beneficios logrados se deben al programa en dicha población y no por actividades externas.

Permanencia en el Centro Día

Se indagó sobre el tiempo en el cual el adulto mayor ha estado vinculado al proyecto, para ello se establecieron 4 intervalos de tiempo, de los cuales el 81% de A.M. refiere estar vinculado desde los inicios aproximadamente de 8 a 7 meses, el 16% refiere haber estado vinculado entre los últimos 6 a 5 meses y una pequeña minoría representada en un 3% manifiesta que se vinculó entre los últimos 4 a 3 meses.

Figura 2 Tiempo de vinculación del adulto mayor al programa



Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

Se evidencia que los adultos mayores han tenido un tiempo considerable en el cual han experimentado y vivido múltiples actividades desde cada una de las áreas de desarrollo que conforman las siete líneas de intervención del proyecto, es por ello que la percepción dada por cada uno de ellos es un reflejo contundente de los alcances obtenidos en esta evaluación final.

Para la presentación de la medición del impacto del programa se relacionarán los logros obtenidos en cada línea de intervención:

- **Nutrición**

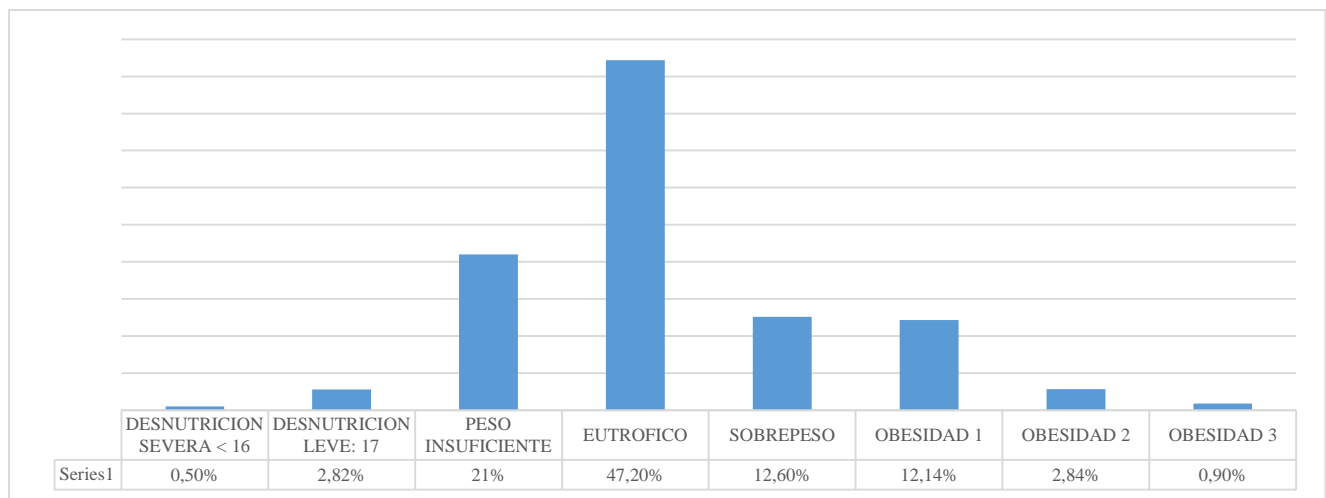
El adulto se ve enfrentado a considerables cambios en la etapa de la vejez, el componente nutricional puede ser un factor protector o de riesgo, que compromete la salud del Adulto Mayor, por ende, la funcionalidad y salud mental de la persona.

Se considera hacer un acercamiento sobre el estado nutricional en el cual se encuentran los Adultos Mayores de la muestra, para ello, se contactó a la nutricionista del proyecto, quien da pautas para identificar esta variable.

El margen de índice de masa corporal, se halla usando el ÍNDICE DE QUETELET (peso en kg / talla² en m²), utilizado frecuentemente en estudios nutricionales y epidemiológicos, para dar cuenta de la composición corporal y la tendencia en el estado nutricional, para los adultos mayores hay un estimado de margen ideal que está definido entre mayor que 23 kg/m² y menor que 28 kg/m² (OPS- OMS).

En cuanto a la clasificación nutricional, la profesional orienta las intervenciones con base en los parámetros que establece la Sociedad Española De Geriatria Y Gerontología, con la siguiente clasificación nutricional:

Figura 3 Estado nutricional de los beneficiarios



Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

En los resultados obtenidos se observa que los Adultos mayores pueden presentar alteraciones asociadas a la mala nutrición, indicando déficit de peso, pero también a un riesgo de aumento de peso y sobrepeso; dentro de un rango de normalidad según el IMC se encuentra el 47,2% de los A.M., los otros se encuentran en riesgo de padecer peso insuficiente (21%) y en sobre peso (12,6%)

La pérdida de peso puede estar suscitada por diversas situaciones tales como: disminución del apetito (anorexia), ingesta de calorías inadecuadas a sus necesidades (starvation), Efecto de enfermedades (caquexia), disminución de la masa muscular (sarcopenia) (SENPE; SEGG).

Dentro de las principales consecuencias de la malnutrición se presentan mayores enfermedades cardiovasculares (secundarias a sobrepeso, principalmente en el grupo comprendido entre 60 y 79 años), anemia (de diferentes orígenes), úlceras por presión, deterioro cognoscitivo, caídas y fracturas, entre otras. La Encuesta Nutricional Nacional, en la cual se evaluaron 117.205 personas entre 0 y 64 años, mostró: 1) mayor déficit nutricional en niveles bajos de SISBÉN y en áreas

rurales; 2) anemia y déficit ferropénico en todos los grupos evaluados; 3) dieta desbalanceada con mayor consumo de carbohidratos; 4) bajo consumo de frutas y verduras e insuficiente actividad física en todas las edades;(...). Sin embargo, es importante anotar que esos datos no son extrapolables a los adultos mayores pues la valoración nutricional en este grupo, especialmente en los de mayor edad, requiere medidas antropométricas diferentes, así como la elaboración de instrumentos específicos (MINSALUD).

Tabla 1 Frecuencia de alimentación 2015 vr 2016

| | ALIMENTACIÓN_2016 | | | | Total |
|----------------------|-------------------|--------------|--------------|----------------------|-------|
| | NINGUNA | 1 VEZ AL DIA | 2 VEZ AL DIA | 3 O MAS VECES AL DIA | |
| ALIMENTACIÓN NINGUNA | 2 | 2 | 4 | 13 | 21 |
| _2015 1 VEZ AL DIA | 0 | 1 | 3 | 1 | 5 |
| 2 VEZ AL DIA | 1 | 3 | 13 | 17 | 34 |
| 3 O MAS VECES AL DIA | 6 | 11 | 49 | 105 | 171 |
| Total | 9 | 17 | 69 | 136 | 231 |

Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

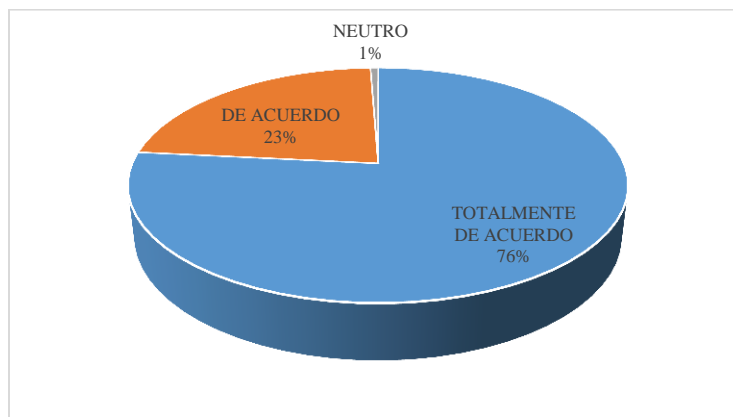
De 231 abuelitos que respondieron a esta pregunta, 136 reciben alimentación 3 veces al día actualmente. Los abuelos que continuaron recibiendo las 3 comidas desde 2015, es del 45,5%. El dato destacable es que 13 de 21 abuelitos (62%) que en 2015 no recibían alimentación, para el 2016 recibían 3 o más comidas en el día.

- **ATENCIÓN PSICOSOCIAL**

Estas actividades promueven y estimulan el fortalecimiento de habilidades psicológicas y sociales, como también procesos de aprendizaje significativos acordes a la población objeto que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

La evaluación de esta línea de intervención se realizó inicialmente preguntándoles a los beneficiarios sobre la intervención recibida por los psicólogos y trabajadores sociales. El resultado se muestra en la siguiente gráfica:

Figura 4 Satisfacción con las actividades psicosociales



Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

El resultado obtenido en esta categoría muestra que el 99%, refieren que a través de la práctica y la participación en las actividades programadas se logra fortalecer y potencializar habilidades psicomotrices y sociales que mejoran la calidad de vida del sujeto.

Se observa que los procesos de enseñanza, para las clases de inglés y matemáticas, son considerados novedosos y significativos para la vida de las personas mayores, estimulando su capacidad cognitiva, promoviendo el aprendizaje útil y viable de ejecución en la vida cotidiana con recursos que pueden disponer con facilidad para realizarlos, se conoce como aprendizaje significativo, propiciado desde la metodología participativa, dinámica y vivencial con énfasis en el aprender a hacer, aprender a ser y aprender a aprender, pilares fundamental en Centros Día.

Identificarse como un SER aún con potencialidades, capacidades y habilidades que pueden ser puestas en práctica para el beneficio propio, como en su rol dentro de la comunidad, es el resultado del permitirse sentir y vivir esta experiencia de Centros Día, que por medio del reconocimiento de su realidad y aceptación de la misma, se reaviva la esperanza de vida para alcanzar un sostenimiento responsable en su estado de bienestar, reconociéndose como personas valiosas, forjando un proceso de reconciliación consigo mismo que les permite un entendimiento para afrontar su día a día.

En cuanto a la percepción que tienen hoy en día con respecto al reconocimiento del adulto mayor dentro de la sociedad, un 96% consideran que “casi siempre” y “siempre” la sociedad los reconoce por su sabiduría, posibilitándoles la participación dentro de ella, solo un 4% manifiesta que “algunas veces” sucede o no se da.

- **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS, RECREATIVAS, ARTÍSTICAS Y CULTURALES**

Para profundizar en la evaluación de impacto de estos tres componentes se realizó un análisis comparativo del estado de salud de los abuelitos que estuvieron vinculados al programa en el 2015 y 2016, encontrando la siguiente información:

Tabla 2. Frecuencia actividad física en 2015 vr. 2016

| | | FRECUENCIA ACTIVIDAD FISICA_2016 | | | | | Total |
|----------------------------------|----------|----------------------------------|----------|----------|------------|--------|-------|
| | | NUNCA | RARA VEZ | 1 SEMANA | 2-3 SEMANA | DIARIA | |
| FRECUENCIA ACTIVIDAD FISICA_2015 | NUNCA | 20 | 19 | 22 | 14 | 21 | 96 |
| | RARA VEZ | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 10 |
| | 1 SEMANA | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 5 |
| | DIARIA | 15 | 7 | 15 | 11 | 22 | 70 |
| Total | | 39 | 27 | 39 | 27 | 49 | 181 |

Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

Al ver la tabla cruzada de la frecuencia de actividad de los abuelitos en 2015 frente a la medición de 2016, se aprecia que, de 96 abuelitos con ninguna actividad física, 76 (79%) pasaron a realizar con cierta periodicidad actividad física en 2016, destacando que 21 (22%) pasaron a realizar actividad diaria en 2016. En contraparte, también hubo algunos que pasaron de realizar actividad física diaria en 2015 a ninguna en 2016 (15/70 abuelitos).

Tabla 3 Percepción de la salud 2015 Vr. 2016

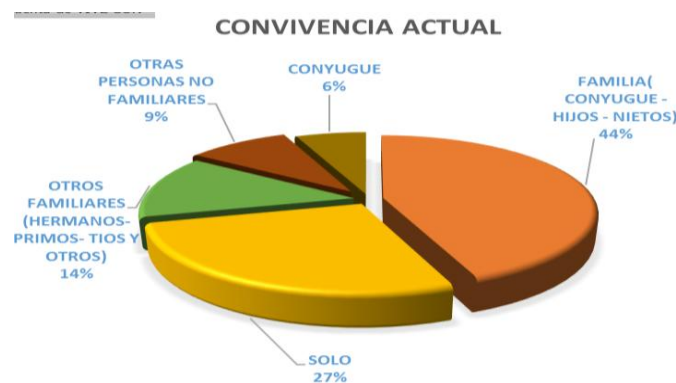
| | | SALUD_2016 | | | | | Total |
|------------|----------------|-------------|---------|----------------|-----------|---------------|-------|
| | | MUY ENFERMO | ENFERMO | POCO SALUDABLE | SALUDABLE | MUY SALUDABLE | |
| SALUD_2015 | MUY ENFERMO | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| | ENFERMO | 2 | 0 | 4 | 17 | 10 | 33 |
| | POCO SALUDABLE | 4 | 3 | 16 | 39 | 16 | 78 |
| | SALUDABLE | 4 | 4 | 28 | 40 | 24 | 100 |
| | MUY SALUDABLE | 0 | 0 | 1 | 4 | 3 | 8 |
| Total | | 10 | 8 | 50 | 101 | 54 | 223 |

Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

En relación a la salud, se aprecia una disminución en los abuelos en consideración de baja salud (115 en 2015 frente a 68 en 2016, para una disminución del 40,8%). Se observa una concentración de los participantes en las categorías de saludable y muy saludable para el 2016 del 69,5%, cifra superior a la mostrada en las mismas categorías para el 2015 (48,4%), evidenciando una mejora en los participantes en su salud.

- **ENCUENTROS INTERGENERACIONALES Y REDES DE APOYO**

Figura 5 Con quién viven los abuelos 2016



Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

Los resultados analizados infieren que el 44% de los Adultos Mayores, actualmente conviven con familiares incluyendo cónyuges, hijos y/o nietos, un 27% que refieren vivir solos, seguido de quienes viven con otros familiares referidos como: hermanos, primos, tíos y otros con un 14%, el 9% de los Adultos Mayores conviven con otras personas no familiares y por último está una minoría que aún convive en pareja.

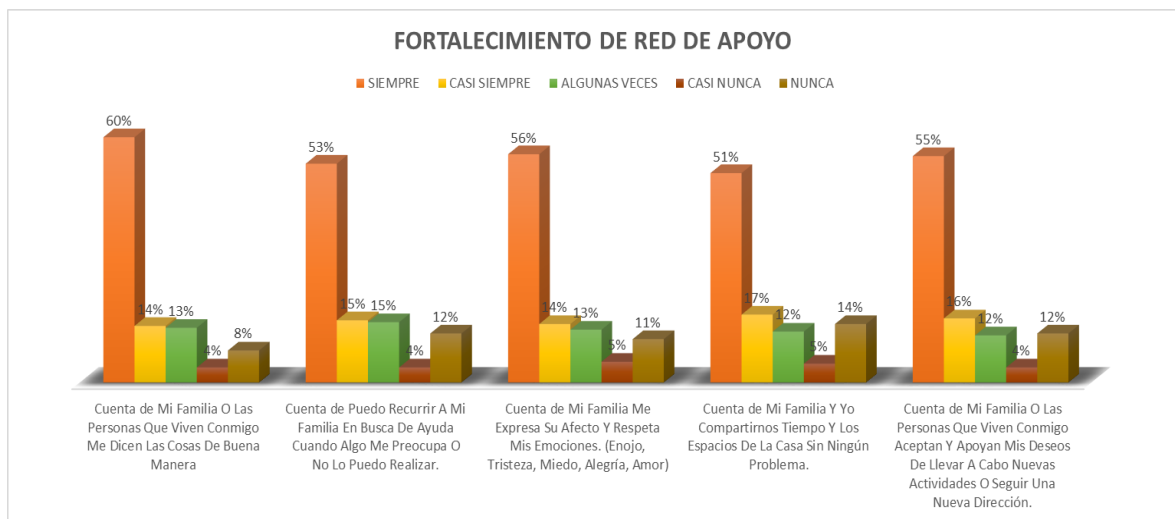
Esta variable analiza la conformación de convivencia actual, mas no es un parámetro que profundice sobre la calidad de las relaciones y/o dinámica familiar. Se infiere que aproximadamente un 64% de la muestra convive con otras personas con lazos de consanguinidad o no, pero son consideradas como FAMILIA. La interrelación que subyace en la convivencia puede ser un factor de riesgo o de protección para el estado actual y la calidad de vida de la persona mayor. Es relevante aclarar que no es garantía establecer una relación directa y concluir que si la persona mayor habita bajo el mismo techo con su familia va a tener una óptima calidad de vida.

Hay que resaltar también que el 9% refiere una convivencia con otras personas que no son familiares, este hecho representa a Adultos Mayores que viven en albergues o singularidades en las cuales habitan en un cuarto de una casa y un 6% vive solo con conyugue. En conclusión, hay un porcentaje alto que expone que las personas mayores conviven con otro (comprendido desde la pluralidad).

Un dato importante para resaltar refiere a ese 27% de personas mayores que viven solas, por lo cual es importante conocer acerca de las dinámicas y relaciones con la familia si es que tienen, es decir, si ellos a pesar de la no vivencia cotidiana bajo un mismo techo, son una fuente de apoyo y/o riesgo para la calidad de vida de la persona mayor.

También se indagó por aspectos relacionados al trato, basados en amabilidad, respeto, expresión de emociones, sana convivencia dentro del hogar y apoyo continuo. Los resultados se encuentran en la siguiente gráfica:

Figura 6 Percepción de las redes de apoyo 2016



Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

Los resultados aluden a un porcentaje aproximadamente del 70% que manifiestan sentir apoyo de sus familias, indicando tener una percepción favorable hacia estos aspectos. Sin embargo se cuenta con un porcentaje que no concibe una favorabilidad con relación a “unidad y la interrelación con sus familiares”, así lo manifiesta un 13 % que algunas veces perciben favorabilidad y otras veces no.

Por último un 15% definitivamente siente que sus familias no son fuente de apoyo, lo que puede llevarlos a experimentar sentimientos de soledad y desprotección, resultado de situaciones mucho más profundas que hacen pensar en cuál o cuáles han sido los detonantes que han generado la percepción de no favorabilidad en las relaciones familiares. Situaciones que se han sostenido con el paso del tiempo considerándose como posibles factores de riesgo para el alcance de la calidad de vida de las personas mayores.

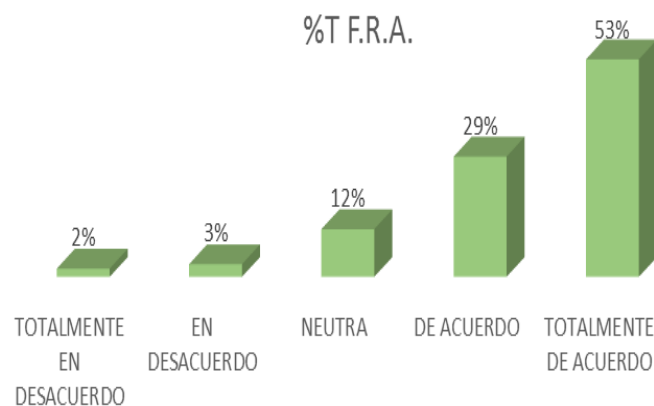
Los aspectos de mayor no favorabilidad corresponden al 2° y el 4° que aluden a sentir respaldo y apoyo. Cuando las personas mayores requieren alguna ayuda o tienen alguna preocupación, evidentemente presentan dificultad para compartir tiempo y espacios en la casa donde habitan. En promedio un 28% de los adultos mayores presentan dificultades para convivir; dentro de este promedio también están incluidos el punto 1°, 3° y 5°, que permiten identificar que las formas de comunicación no son las más óptimas, evidenciando ausencia de respeto y tolerancia para dialogar y de expresar lo que se quiere. El punto 3 refiere a la carencia de expresión afectiva y el respeto como ya se mencionó en relación al sentir, evidenciando dificultades de reconocimiento para las personas mayores y sus estados emocionales, resultados coherentes con la dificultad en la comunicación. Por último, el 5° aspecto refiere a la ausencia y desinterés en las actividades que los Adultos Mayores desean, por lo cual puede propiciar sentimiento de abandono y soledad,

sintiéndose aislados y desprotegidos lo que puede suscitar o detonar estados depresivos y/o de tristeza, afectando en general todos los demás aspectos de la vida del individuo.

De acuerdo con estos resultados, la red familiar, la convivencia y la relación entre los miembros y las personas mayores es un tema que prima si se considera como un apoyo fundamental para promover la calidad de vida de los individuos.

Para el programa CENTROS DÍA una de las prioridades es promover el fortalecimiento de las relaciones familiares y sociales, que propicien factores protectores en el contexto del adulto mayor; por ello la importancia de las intervenciones e interacciones con la familia, considerado un apoyo para la restructuración de espacios, que en muchos casos, son desfavorables y ubican al individuo en situación de riesgo en su calidad de vida, así como reestablecer y promover las redes que se ubican en el entorno social, como garantes de respaldo para el bienestar del adulto mayor. Por lo tanto, a continuación se evidencia el resultado de la percepción de los Adultos Mayores frente al impacto generado por el programa en la relación con las redes de apoyo.

Figura 7 Percepción del fortalecimiento de las Redes de Apoyo



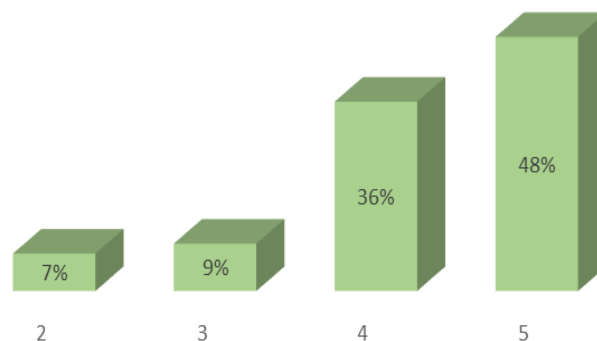
Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

El 82% confirma el reconocimiento satisfactorio de esta labor, donde profesionales especializados en las áreas -Trabajadores Sociales, Abogado y Psicólogos, entre otros- han logrado impactar positivamente en la vida de los adultos mayores, transformando satisfactoriamente el reconocimiento y restablecimiento de Redes -que son vínculos de apoyo garantes para afrontar situaciones adversas- como factores protectores en el Adulto Mayor, aportando significativamente a la calidad de vida de cada uno de ellos.

Un 5% refiere no percibir cambios que favorezcan su calidad de vida y contribuyan a considerar apoyo ya sea familiar y/o social. Un 12% presenta una posición neutra a lo cual se infiere que no ha presentado cambios acordes a sus expectativas o posibilidades.

Se indagó específicamente sobre la existencia de cambios en las relaciones familiares, encontrando el siguiente resultado:

Figura 8 Percepción del mejoramiento de las relaciones con la familia



Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

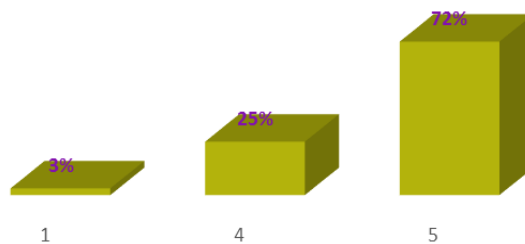
El 84% de los abuelos considera que sí se ha generado un impacto favorable en los lazos familiares a través del acompañamiento que ha brindado CENTROS DÍA.

Un 9% y 3% refieren una actitud neutral y desfavorable y/o en desacuerdo, al considerar que no se ha logrado propiciar el fortalecimiento de esta red primaria y que puede considerarse como un aspecto protector para el adulto mayor.

Percepción de los familiares con respecto al mejoramiento en la relaciones con los adultos

Un aspecto de gran relevancia es la percepción que tienen los familiares y el impacto que ha suscitado en los Adultos Mayores y así mismo en el ámbito familiar. En la siguiente figura se muestra el resultado:

Figura 9 Percepción del restablecimiento de lazos familiares



Fuente: Desarrollo de la tesis, 2017

De tal modo que la atención recibida en Centros Día contribuyó al restablecimiento de los lazos familiares. El 72% está “totalmente de acuerdo” y un 25% refiere estar “de acuerdo”. Con base en ello se infiere el reconocimiento de la labor realizada por el equipo de trabajo que intervino para lograr la resignificación de la interacción familiar, considerado como un aspecto que contribuye a identificar una red de apoyo para el Adulto Mayor.

CONCLUSIONES

Los resultados evidenciados en la medición de impacto del programa permiten realizar las siguientes conclusiones:

- La implementación del programa Centro Día en la Ciudad de Cali ha permitido mejorar la salud de los beneficiarios en solo dos años de operación, pasando del 48% en 2015 al 64% en 2016 de las personas que se sienten saludables.
- La tranquilidad de los adultos mayores es evidenciada por los buenos resultados del área psicosocial con una mejor salud mental de esta población.
- El desarrollo de las redes de apoyo se evidencia en procesos de consolidación, lo cual ha permitido que los Adultos Mayores incrementen su percepción de respaldo y seguridad en su entorno.

Otro de los aspectos por rescatar es la permanencia del programa. Existen adultos mayores que en definitiva su nivel de vulnerabilidad es alto, que a través de la atención integral busca potencializar y sostener habilidades físicas, psicológicas y sociales como herramientas para afrontar la cotidianidad. Sin embargo, existen factores que no dependen directamente de la obtención de estas habilidades como la nutrición, y que, para aquellos adultos que no cuentan con los recursos suficientes para garantizar su alimentación, la desvinculación del programa marca un riesgo, colocando en juego la seguridad alimentaria y por ende la calidad de vida. De igual manera se encontraron casos que no cuentan con red de apoyo familiar, aspecto que incide significativamente en la calidad de vida de la población generando desequilibrio en el bienestar del Adulto Mayor.

Es importante desarrollar este tipo de programas con personal interdisciplinario altamente calificado y comprometido que permita dar un resultado por encima de lo esperado.

Se hace necesario que en la Ciudad de Cali se tomen las medidas para implementar el cobro de la estampilla del Adulto Mayor, de tal manera que permita continuar la ejecución de programas integrales e innovadores orientados a la población de Adulto Mayor vulnerable, que cada día crece más y que permita garantizar una vejez saludable y tranquila.

Para culminar este documento, es relevante destacar el impacto positivo que se ha generado en la población desde la labor social, al lograr de manera idónea y pertinente el fortalecimiento de envejecimiento activo y saludable, donde los equipos profesionales realizaron una labor mancomunada y comprometida para lograr generar un bienestar en las personas mayores. De esta

manera la población percibió y vivenció procesos que contribuyeron a transformaciones, dejando huella en la existencia de vida de cada uno de quien se permitió vivir esta experiencia desde su SER.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Belén, C. (2007). Voces que se deben escuchar. Historias de vida contadas por su protagonista.

En Belén, C. (Ed.), *La cruda situación de la educación de adultos*. Revista Iberoamericana de Educación (1-17). Argentina. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/1968Godino.pdf>

Plan de desarrollo, Municipio Santiago de Cali (2012 – 2015)

Celade (2008). *Envejecimiento y desarrollo en América latina y el Caribe*. (boletín 6. ed.) Bogotá; Ediciones Celade.

Página web: <http://www.redpapaz.org>

Departamento Nacional de Planeación. (1995). Documento CONPES 2793 de 1995, *Sobre envejecimiento y vejez*. Bogotá. Recuperado de http://www.rgs.gov.co/img_upload/a6760b33a0b37cbd6231b2518c38c335/Legislaci_n_sobre_envejecimiento_y_vejez.pdf

B.L. Mishara y R.G. Riedel, “El proceso de envejecimiento”. Ediciones Morata, S.A. Madrid 1986.

Richard A. Kalish, “La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano”. Ediciones Pirámides, Madrid, 1983.

Havighurst, R. (1987) Citado por Fernández-Ballesteros en Bases Biológicas del Envejecimiento Cerebral en Cacabelos Ed. (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Editorial Pirámide y por Cilia Ines Acosta en su tesis de Doctorado “El sentido de la vida humana en adultos mayores”

Encuestas:

Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento Colombia 2013, Facultad de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle

Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales, Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010) es la quinta encuesta de demografía y salud que levanta Profamilia en Colombia

Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p.

SABE COLOMBIA2015: estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Colciencias y el Ministerio de Salud y la protección social.