



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

ORIENTACIÓN TÉCNICA PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
2015



Contenido

PRESENTACIÓN	2
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	5
FUNDAMENTACIÓN	6
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	8
EJES TRANSVERSALES PRESENTES EN EL PROGRAMA:	10
COMPONENTES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA	12
ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	14
TALLERES DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	25
ESTRATEGIAS PARA EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN ORGANIZACIONES SOCIALES	39
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO	39
MONITOREO Y EVALUACIÓN	46
INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN	48
ANEXO N° 1: FORMATO COMPROMISO INFORMADO ESCRITO	50
ANEXO N° 2: CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD	51
(HAQ-8 MODIFICADO PARA EL PROGRAMA)	51
ANEXO N° 3: SUGERENCIA PLANILLA EXCEL PARA REGISTRO DE PARTICIPANTES Y ASISTENCIA	52
REGISTRO PARTICIPANTES	52
REGISTRO ASISTENCIA	53
ANEXO N° 4: ORIENTACIÓN A LA EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD Y METODOLOGÍA PARTICIPATIVA PARA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES	54
ANEXO N° 5: PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO COMUNITARIO	58
ANEXO N° 6: FORMATO DE INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	62
ANEXO N° 7:	65
INSUMOS SUGERIDOS	65
RESPONSABLES MINISTERIALES DEL DOCUMENTO	66
COLABORADORES Y ASESORES EXTERNOS EN ORDEN ALFABÉTICO	67

PRESENTACIÓN

Considerando que la transición demográfica avanzada en que se encuentra nuestro país ha resultado en un aumento sostenido de la población de adultos mayores y, que su situación de salud está determinada entre otras por los determinantes sociales, es que la práctica de estilos de vida más o menos saludables de este grupo etáreo dependerá además de las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales de otras variables como el género, la educación, las redes a las que tenga acceso y la cohesión social orientada al cuidado y defensa los adultos mayores existente en su comunidad.

El Ministerio de Salud, en el marco del Programa de Gobierno, pretende con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, apoyar a los adultos mayores mejorando su capacidad personal y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento, a través de la implementación de una estrategia de atención de salud preventiva y promocional, que incorpora equipos profesionales destinados a mantener la autovalencia de los Adultos mayores, presentando en el actual documento la Orientación Técnica del Programa.

Es sabido que la capacidad funcional o nivel de autonomía permite determinar la situación de salud en que se encuentra el adulto mayor y asociarlo a su calidad de vida y grado de independencia para realizar sus actividades cotidianas, de acuerdo a la etapa de su ciclo vital, sus intereses personales y los roles que desempeña en la sociedad. Es por ello que anualmente los adultos mayores son evaluados en su Centro de Salud de atención primaria, mediante la aplicación del Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM), que incluye entre otros, la aplicación de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

Resulta necesario una vez establecida la condición funcional del adulto mayor y/o el posible riesgo de empeorarla, generar intervenciones acorde a sus necesidades de estimulación funcional en esta etapa del ciclo vital.

Contemplar la salud del adulto mayor con un enfoque integral, implica que los programas destinados a promover la funcionalidad deben, al menos, considerar la educación en salud y la estimulación de las funciones implicadas en los actos motores, cognitivos y sociales del adulto mayor en su comunidad.

La presente Orientación Técnica busca establecer las bases técnicas necesarias para la implementación y desarrollo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, servir de referencia a los equipos de trabajo en Atención Primaria de Salud y contribuir al desarrollo de estrategias locales y nacionales para la atención de Salud del Adulto Mayor y el Trabajo Comunitario en Salud con las Organizaciones Sociales.

INTRODUCCIÓN

La funcionalidad o independencia funcional es definida como la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne¹.

La funcionalidad disminuye con el paso del tiempo, encontrando en el año 2013, en los centros de salud de atención primaria, a un 5% de personas dependientes entre los 65 y 69 y a un 27% de personas dependientes en el grupo etáreo de 80 años y más, con la consiguiente disminución de la calidad de vida individual y familiar².

Los cambios que se producen durante el proceso de envejecimiento y que se relacionan con la pérdida de funcionalidad en los adultos mayores, no son únicamente atribuibles al proceso biológico normal e irreversible que afecta a distintos órganos y sistemas, sino que responden también a la suma de diversos elementos como la disminución de capacidades funcionales por desuso, situaciones de salud, marginación social, malnutrición, pobreza y otros³.

La Organización Mundial de la Salud afirma que los determinantes del envejecimiento activo son: los factores sociales, los factores del entorno físico, los factores económicos, la sanidad y servicios sociales, factores personales y factores conductuales, enmarcados por el género y la cultura como determinantes transversales del proceso de envejecimiento y la situación de los adultos mayores⁴.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud ha establecido entre los aspectos que permiten medir el estado de salud funcional: las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, la salud mental, la funcionalidad sicosocial, la salud física, los recursos sociales, económicos y ambientales⁵, definiéndose el estado de salud del adulto mayor en términos de mantenimiento de su capacidad funcional que permite enfrentar el proceso de cambios que conlleva el envejecimiento a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal⁶.

¹Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia. Programa de Salud del Adulto Mayor. MINSAL, 2010.

² Condición de Funcionalidad por grupo etáreo. Dpto. de Información y Estadística. MINSAL, 2014.

³ Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud MINSAL, C. Ibañez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore. Documento de Trabajo. Superintendencia de Salud, 2008.

⁴ Envejecimiento activo: un marco político. OMS, 2002.

⁵ Evaluación Funcional del Adulto Mayor EFAM- Chile, Proyecto FONDEF- MINSAL. IV Congreso de Geriátría y Gerontología, Santiago de Chile, 2003.

⁶ Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia. Programa de Salud del Adulto Mayor. MINSAL, 2010.

Es así que la OCDE ha propuesto a sus países miembros en Europa, en el reciente año 2014, y bajo los mismos conceptos arriba descritos, que toda intervención destinada a la mantención o mejoría de la funcionalidad y autonomía de las personas mayores deben incluirse en una estrategia promocional, comunitaria, incluyendo el ejercicio, los aspectos cognitivos y sociales. Estos principios se recogen ampliamente en la presente iniciativa entregada a través del programa “Más adultos mayores autovalentes.”, con el agregado que esta estrategia promocional sobre el ejercicio y la actividad física resulta de valor estratégico a la hora de enfrentar el gran desafío sanitario en el nivel asistencial primario, respecto de las personas mayores, cual es la prevención de la fragilidad.

Resulta indispensable entonces, plantear e implementar estrategias destinadas a prolongar la autovalencia de los Adultos Mayores en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Para ello, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes implementado en los Centros de Salud de Atención Primaria, considera la estimulación de funciones motoras, cognitivas y de autocuidado, las que junto a la participación social, constituyen aspectos imprescindibles para la mantención y/o mejora funcional de los adultos mayores y el logro de la mencionada adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

Junto a lo anterior, el fortalecimiento de las organizaciones sociales en autocuidado de salud de los adultos mayores, mediante un trabajo vinculado con las redes locales intersectoriales, permitirá el fomento de estilos de vida saludable y la continuidad de la estimulación funcional de los adultos mayores.

ANTECEDENTES

Este programa dice relación con los Objetivos Estratégicos para la década 2010- 2020 el N°2, donde se propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no trasmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos, con el Objetivo estratégico N° 3 como es el de reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables y particularmente el Objetivo estratégico N° 4 correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

Como misión a los Servicios de Salud les corresponde implementar y ejecutar las políticas públicas. Con este programa se busca ampliar la cobertura, y oportunidad de las prestaciones recibidas por las personas de 65 años y más, beneficiarios del Sistema Público (93,2% ¹ beneficiarios de FONASA) buscando dar respuesta a sus necesidades entregando prestaciones que logren mantener la funcionalidad, previniendo y/o minimizando la pérdida de autonomía funcional.

La comunidad chilena adulta mayor está en aumento, participando del cambio demográfico global. Los adultos mayores de 65 años y más, han aumentado de un 6,1 % desde el año 1990 a un 15% en el 2014, sobre el total de población del país, según antecedentes aportados por el INE⁷. La esperanza de vida promedio estimada es de 79,68 años para el quinquenio 2015-2020 siendo de 82,81 años para las mujeres y 76,68 años para los hombres⁸, existiendo diferencias importantes entre las comunas del país.

Las personas a medida que envejecen pierden autonomía, ello vinculado a los factores de riesgo que afectan negativamente la salud y adelantan la aparición del deterioro funcional y cognitivo. Entre estos factores de riesgo están la hipertensión, obesidad, diabetes, depresión y las determinantes sociales como pobreza, marginación y bajo nivel educativo.

Este deterioro se ve potenciado cuando los adultos mayores se desvinculan de su comunidad, disminuyen actividad física e intelectual, con pérdida de sus capacidades, no necesariamente producto del envejecimiento si no por desuso y por la ausencia de un soporte cultural, de una sociedad preparada para esta nueva realidad demográfica, y una institucionalidad con capacidad para mantener la autovalencia de adultos mayores.

El envejecimiento poblacional ha provocado un aumento en demanda de atención de salud de los adultos mayores e implica nuevos desafíos para la Atención Primaria de Salud, en cuanto a la integralidad, continuidad y cobertura de las atenciones de salud. Actualmente la cobertura que tienen los adultos mayores en Programas de Estimulación Funcional en la Atención Primaria de Salud es deficitaria y responde a iniciativas aisladas de algunos equipos de salud.

⁷ Actualización de Proyecciones de Población (2002-2020). Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, 2014.

⁸ Esperanza de vida al nacer (en años) según sexo, por quinquenios comprendidos entre 1950 y 2025. Departamento de Estadística e Información en Salud. MINSAL, 2014.

FUNDAMENTACIÓN.

Es sabido que la situación de salud de las personas está determinada por las circunstancias en las cuales nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Por lo tanto, los estilos de vida más o menos saludables individuales y colectivos, dependerán en gran parte de estos determinantes sociales de la salud⁹, y de su relación con los factores personales y conductuales.

Si se considera que el 93,2% de la población mayor de 65 años es beneficiaria del Fondo Nacional de Salud y que la población inscrita en Atención Primaria (APS) del país califica en un 23,9% como FONASA A, en un 34,2% como FONASA B, en un 15,6% Fonasa C y en un 19,9 % Fonasa D¹⁰, es posible afirmar que en los Centros de Salud de Atención Primaria se atiende mayoritariamente al sector más pobre de la población, por lo tanto las iniciativas de salud pública deben orientarse a facilitar el acceso al sistema de salud y ofertar lineamientos programáticos asociados a las necesidades de la población y el cumplimiento de los objetivos sanitarios relacionados.

Envejecimiento, definiciones y condicionantes

Para la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

Si bien el envejecimiento se asocia a una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en los sistemas involucrados en el funcionamiento humano, está comprobado cómo, además de la edad, otras variables personales y ambientales, tienen un peso específico tan importante o incluso mayor, determinando, por ejemplo, que dos personas del mismo sexo y edad presenten un comportamiento funcional y de desempeño en su comunidad ampliamente diferente¹¹.

El envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas. Además de mantener la actividad física, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en actividades recreativas, actividades con carácter voluntario o remunerado, actividades culturales y sociales, actividades educativas, vida diaria en familia y en la comunidad.

⁹ Cerrando la Brecha: La Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Documento de Trabajo, Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasil, 2011

¹⁰ División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, 2014.

¹¹ La Memoria, Programa de Estimulación y Mantenimiento Cognitivo. Maroto M.A. Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

La capacidad funcional o nivel de autonomía permite determinar la situación de salud en que se encuentra el adulto mayor y asociarlo a su calidad de vida y grado de independencia para realizar sus actividades cotidianas, de acuerdo a la etapa de su ciclo vital, sus intereses personales y los roles que desempeña en la sociedad.

La OMS y la OPS han establecido entre los aspectos que permiten medir el estado de salud funcional: las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales, la Salud Mental, la Funcionalidad Sicosocial, la salud Física, los recursos sociales, económicos y ambientales¹², definiéndose el estado de salud del adulto mayor en términos de mantenimiento de su capacidad funcional, que le permite enfrentar el proceso de cambios que conlleva el envejecimiento a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal¹³.

Para las personas mayores, el bienestar físico, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional, destacan entre las dimensiones más importantes de su calidad de vida. Se ha determinado que además, la participación social constituye un factor protector en la vejez¹⁴, pues permite ampliar y fortalecer los mecanismos implicados en la integración¹⁵ a una comunidad y a los cambios propios del envejecimiento.

Al mismo tiempo la participación social en salud, permite a los adultos mayores, identificar y priorizar los problemas y necesidades, tanto individuales como colectivos, formulando y ejecutando en forma colaborativa propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada¹⁶. Es en este escenario donde se retoma el rol de los equipos de salud para fortalecer e incentivar a los adultos mayores a la participación social y comunitaria.

Por lo anterior, contemplar la salud del adulto mayor con un enfoque integral, implica que los programas destinados a promover la funcionalidad deben, al menos, considerar la educación en salud y la estimulación de las funciones implicadas en los actos motores, cognitivos y sociales del adulto mayor en su comunidad.

¹² Evaluación Funcional del Adulto Mayor EFAM- Chile, Proyecto FONDEF- MINSAL. IV Congreso de Geriatria y Gerontología, Santiago de Chile, 2003.

¹³ Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia. Programa de Salud del Adulto Mayor. MINSAL, 2010.

¹⁴ Orientaciones Técnicas para para la Atención de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria 2013. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL, 2014.

¹⁵ Factores protectores en relación a la calidad de vida de las adultas mayores del grupo Acción. Barrantes y cols. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, 1998.

¹⁶ Participación social en el campo de la salud. Sanabria G. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(3)

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria.

PROPÓSITO:

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria

Este Programa se inicia con la participación de los Adultos Mayores pesquisados en el Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) como Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y En Riesgo de Dependencia, en una intervención promocional y preventiva de Estimulación de Habilidades Motoras, Prevención de Caídas, Estimulación de Funciones Cognitivas y Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.

Se desarrollará inserto en la comunidad, con la acción del Equipo de Salud de Atención Primaria, en particular, de una dupla Kinesiólogo- Terapeuta Ocupacional¹⁷ u otro profesional de la salud capacitado, dedicados específicamente al trabajo con los Adultos Mayores, anticipándose al daño y la dependencia y promoviendo un envejecimiento activo.

Para lo anterior, se requiere de una estrecha vinculación con las organizaciones sociales de adultos mayores locales para fomentar su relación con el Centro de Salud y fomentar la evaluación de sus integrantes mediante el EMPAM, para pesquisar precozmente a aquellos con disminución de la funcionalidad y riesgo de dependencia. Se espera que el Programa se desarrolle con los adultos mayores integrantes de agrupaciones locales (Clubes de Adulto Mayor, Centros de Madres, Clubes Deportivos, Juntas de Vecinos, entre otras) y con los adultos mayores que no participan en organizaciones y que son pesquisados en el Centro de Salud.

¹⁷ En la situación de inexistencia de disponibilidad del recurso humano señalado, se indica suplir con Profesional de la Salud capacitado en Estimulación Funcional y Cognitiva con Adultos Mayores. Ambos profesionales deben poseer competencias en Metodología Participativa y Trabajo Comunitario en Salud y Manejo de Eventos Críticos y Adversos en Entrenamiento Funcional y Cognitivo de Adultos Mayores.

Para reemplazo del Kinesiólogo: Profesional de la Salud con conocimientos y competencias en: Evaluación y Entrenamiento de Habilidades Motoras y Prevención de Caídas y Estimulación Funcional en adultos mayores con situaciones de salud de mayor prevalencia (riesgo cardiovascular y comorbilidades cardiovasculares, musculoesqueléticas y neurológicas, entre otras).

Para el reemplazo del Terapeuta Ocupacional: Profesional de la Salud, con conocimientos y competencias en atención de Adultos Mayores, Evaluación y Estimulación cognitiva en adultos mayores con deterioro cognitivo normal y educación en Actividades de la Vida Diaria Básicas en Instrumentales del Adulto Mayor.

Se establece además, para la correcta implementación y desarrollo del Programa, la inserción en el equipo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el equipo del Centro de Salud y en la Red Local de servicio, propiciando la participación social de los adultos mayores en una red capacitada y fortalecida en Envejecimiento Activo y Autocuidado del Adulto Mayor.

Se espera potenciar las capacidades propias de cada comunidad, y las resultantes de la interacción equipo de salud-comunidad. Los adultos mayores participarán activa y permanentemente en el proceso educativo, enriquecido al convertirse en un proceso grupal y comunitario, con retroalimentación constante y con contenidos programados en conjunto.

El trabajo comunitario en salud, permitirá difundir la estrategia de intervención, acercar a los adultos mayores no inscritos o sin control de salud, a los Centros de Salud. Permitirá ampliar la mirada de atención hacia una mirada sociosanitaria, que logra cambios en las conductas de los Adultos Mayores, capacita y fortalece sus competencias y las de su comunidad y que legitima su rol en nuestro país.

Con respecto a la dimensión metodológica, la propuesta pedagógica para el desarrollo de las actividades del programa corresponde a la Educación Popular desarrollada por Paulo Freire, donde el proceso de aprendizaje se basa en reconocer la experiencia y conocimientos existentes en la comunidad y generar, con la facilitación del equipo de salud, un conocimiento colectivo que permita transformar la realidad de las personas y su comunidad.

Esta propuesta pedagógica se complementará con la metodología del “aprender haciendo” (o “aprender practicando”), dónde el énfasis está puesto en el aprendizaje vivencial por parte de los participantes, orientado al descubrimiento de habilidades propias que acompañen el cambio conductual hacia el autocuidado y la valoración de la funcionalidad por parte de los adultos mayores.

Este programa se desarrollará a nivel nacional, en todos aquellos Centros de Salud municipales y dependientes de Servicio de Salud que cuenten con más de 20.000 personas inscritas, apuntando al cumplimiento de los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Prolongar la autovalencia del adulto mayor de 65 y más años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1. Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.***
- 2. Entregar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales.***

EJES TRANSVERSALES PRESENTES EN EL PROGRAMA:

Intersectorialidad:

El trabajo fuera del Centro de Salud genera asociaciones entre los diferentes sectores del ámbito público que se ocupan de salud, envejecimiento, planificación comunitaria, transporte, cultura, recreación, deporte, servicios sociales, también el sector privado. La autodeterminación y la autovaloración se refuerzan por una cultura que reconoce, respeta e incluye a las personas mayores.

El trabajo con clubes de adulto mayor y programas de Oficinas relacionadas a deportes y otras actividades educativas, culturales y de participación social, para realizar los EMPAM en forma coordinada y oportuna a los Adultos Mayores vinculados, permitirá aumentar la cobertura y cercanía del equipo de salud con la comunidad, sin depender para su realización de la llegada de los Adultos Mayores a los CESFAM debido a situaciones de salud. De este modo, se ampliarán las posibilidades de cobertura del Programa, incorporando a los Adultos Mayores con EMPAM vigente y promoviendo su realización en aquellos inscritos en los CES y sin aplicación de EMPAM y la inscripción y control de salud en aquellos no inscritos en el CES.

Promoción de la Salud:

La Promoción de salud es una piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades¹⁸.

Se aconseja el autocuidado como estrategia para que los adultos mayores puedan mantener y mejorar su condición funcional y por ende su estado de salud, así como también, prevenir o atenuar el impacto negativo de las enfermedades. La disponibilidad de información contribuye a la autodeterminación personal, así como al ejercicio de conducta saludables.

Fomento de La Participación Social

Para otorgar coherencia a la política pública de salud, orientada hacia el logro de los objetivos sanitarios desde el enfoque integral del modelo de salud familiar, se hace necesario incluir el enfoque de participación ciudadana desde la etapa de planificación de la Atención Primaria.

Se debe buscar “habilitar a los ciudadanos y ciudadanas, en el ejercicio de poder decidir sobre los determinantes sociales, que condicionan su nivel de salud o de bienestar”¹⁹, la cual puede darse a nivel

¹⁸ Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, año 2015. Subsecretaría de Redes Asistenciales MINSAL, 2015.

¹⁹ Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. División de Atención Primaria MINSAL, 2013.

individual, familiar, grupal y comunitaria, para que se conviertan en protagonistas de los procesos de cambio.

En este programa, la participación social integra la visión de la comunidad de los problemas y prioridades de salud y genera acciones de salud de acuerdo a ellos y al contexto local. La satisfacción de las necesidades y expectativas de la población usuaria constituye un objetivo de la acción de los establecimientos y servicios de la red pública de salud²⁰.

Trabajo Comunitario en Salud

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, tiene un enfoque y accionar preferentemente comunitario, revalorizando la acción de salud planificada y realizada con la comunidad, superando las prácticas efectuadas en salud basadas en el espontaneísmo y la instrumentalización de la participación comunitaria.

El equipo del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, deberá conocer su localidad y dinámica comunitaria y lograr posicionarse desde la dimensión ética del trabajo comunitario, donde el “para qué profundo” del accionar del equipo de salud, promueve la participación, el fortalecimiento de las capacidades existentes en cada comunidad y/o el empoderamiento de su población en el ejercicio de sus derechos, para el logro de una real incidencia de la comunidad en situaciones que les afectan, superando las iniciativas aisladas de trabajo hacia los adultos mayores con una iniciativa coordinada de trabajo con los adultos mayores, revalorizando sus necesidades, conocimientos, experiencias, y el ejercicio del derecho a participar.

Trabajo en Equipo en Salud

El equipo de trabajo que se incorpora en esta estrategia debe ser considerado como parte del equipo del centro de salud (CES) y en ese contexto se debe propiciar su incorporación a las actividades transversales así como la participación de equipo en las actividades que implican el desarrollo del actual programa. Esta iniciativa motivaría la colaboración de todo el equipo de salud en las sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable y promoverá el reforzamiento de las sugerencias y premisas que el equipo de salud indica a los adultos mayores incorporados en el Programa.

Se espera que todo el equipo de salud, acompañe a la dupla en su proceso de inducción al funcionamiento del centro y la red local. Del mismo modo, deberán interiorizarse en los instrumentos de registro utilizados en la atención de los adultos mayores (Carné de Control, Ficha de Atención, Tarjetero, etc.)

El accionar del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, promoverá la difusión e inserción de sus contenidos y metodología, dentro del quehacer del equipo del sector en el centro de salud y los equipos transversales.

²⁰ Manual de Participación en Salud-“Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile”. Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, 2009.

Por consiguiente la dupla profesional, debe participar en aquellas instancias dentro del CES relacionadas con población adulto mayor, envejecimiento activo y envejecimiento saludable, como por ejemplo programas asociados, estudios de familia y actividades de promoción. Se espera asimismo que en aspectos de evaluación mediante EMPAM, sea un fuerte generador de la aplicación de EMPAM a adultos mayores vinculados o no a organizaciones sociales y/ o a la red de servicios locales.

Es recomendable que la dupla disponga de un espacio físico para el desarrollo de labores de organización y planificación de trabajo, registro estadístico y mantener los implementos.

COMPONENTES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

El proceso de implementación y el desarrollo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, considera la contratación de 2 profesionales, un(a) Kinesiólogo y un(a) Terapeuta Ocupacional u otro profesional de salud capacitado²¹, quienes efectuarán las estrategias y metodología de intervención descritas en esta Orientación Técnica y se vincularán directamente con el desarrollo progresivo de los componentes Programa de Estimulación Funcional y Fomento del Autocuidado en Organizaciones Sociales, descritos a continuación.

²¹ En la situación de inexistencia de disponibilidad del recurso humano señalado, se indica suplir con Profesional de la Salud capacitado en Estimulación funcional y Cognitiva de Adultos Mayores. Ambos profesionales integrantes de la dupla deben poseer competencias en Metodología Participativa y Trabajo Comunitario en Salud y Manejo de Eventos Críticos y Adversos en Entrenamiento Funcional y Cognitivo de Adultos Mayores.

Para reemplazo del Kinesiólogo: Profesional de la Salud con conocimientos y competencias en: Evaluación y Entrenamiento de habilidades Motoras y de Caídas y Estimulación Funcional en Adultos mayores con situaciones de salud de mayor prevalencia (riesgo cardiovascular y comorbilidades cardiovasculares, musculoesqueléticas y neurológicas, entre otras)

Para el reemplazo del Terapeuta Ocupacional: Profesional de la salud con conocimientos y competencias en atención de Adultos Mayores, Evaluación y Estimulación Cognitiva en adultos mayores con deterioro cognitivo normal, y educación en Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales de los adultos mayores.

Componente 1:

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES

Estimulación de Funciones Motoras, Cognitivas y de Autocuidado en los
Adultos Mayores.

ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL

Ingreso de los adultos mayores que cumplan con el criterio de Inclusión al Programa

Criterio de Ingreso: Persona de 65 años y más, beneficiario de FONASA, inscrito en centros de salud con EMPAM vigente y con resultado de Autovalente sin riesgo, o Autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia.

En caso de pesquisar adultos mayores sin EMPAM vigente, se educará sobre la importancia del examen y se derivará y/o gestionará su aplicación por parte del equipo de sector para ingreso al Programa.

El ingreso de los Adultos Mayores al Programa, será realizado en forma grupal preferentemente, por la dupla de trabajo a cargo. Cada adulto mayor deberá expresar su consentimiento a participar, luego de la información entregada y recibida en forma clara y comprensible por parte del equipo, a través de la firma del Compromiso Informado²².

Se ha estimado que, al menos un 70% de los adultos mayores a los que se les aplicó EMPAM, cumplen con los criterios de ingreso al programa. La implementación del programa implica aumentar la cobertura del EMPAM y por lo tanto la población adulta mayor bajo control, para pesquisar e intervenir a tiempo a esa población, previniendo la pérdida de funcionalidad y la dependencia. Para el logro de lo anterior, se ha estimado que cada dupla profesional ingrese al programa, al menos a 1.075 Adultos Mayores al año o en su defecto al 60% de su población bajo control que cumple con criterios de ingreso (siempre que esta estimación sea igual o superior a los 1.075 adultos mayores). En el caso que, el centro de salud cuente con dos duplas profesionales, se considerará como meta de ingresos anual a 2.200 adultos mayores, dado que el trabajo de difusión y coordinación con el equipo de salud y la red local es único para ambas duplas, pudiendo abordar mayor número de personas.

Para lograr esta cobertura es fundamental el trabajo coordinado con el equipo de salud y el intersector, la difusión del programa en la red local y la promoción de la evaluación de los adultos mayores con el EMPAM

Las acciones de ingreso al Programa, serán variadas de acuerdo a la organización de cada red local. En términos generales se describen tres flujos de acceso al Programa:

1. A través de controles de salud de los distintos programas y atenciones de morbilidad, en que se pesquisa al adulto mayor que cumple criterios de ingreso.
2. A través de organizaciones sociales contactadas por el equipo de salud y el intersector (Dirección de Desarrollo Comunal, Oficina del Adulto Mayor, Juntas de Vecinos, Clubes Deportivos, Centros de Madres y otros) que participan del Programa.

²² Disponible en Anexo N° 1

3. A través del “rescate” de los adultos mayores de los sistemas de registro del centro de salud (cartolas, tarjeteros, fichas clínicas), convocando a los que cumplan los criterios de ingreso y derivando para evaluación de los que no tengan su EMPAM vigente.

Al trabajar con Organizaciones Sociales, se sugiere establecer primeramente un contacto de tipo informativo y con carácter de motivador con la directiva y con la asamblea de la organización para lograr más personas informadas sobre el programa y así sumar colaboradores y personas que puedan difundir el programa en su comunidad. Se recomienda explicar el Programa, los beneficios y forma de trabajo, y coordinar con la agrupación los talleres de Estimulación Funcional y Autocuidado.

En el caso de incorporar adultos mayores que no participan en alguna organización con la que trabajará el Programa y que son convocados a través de la derivación del CES, igualmente se informará del Programa, los beneficios y modalidades de trabajo, para motivar su participación informada y voluntaria.

Se deberá verificar la vigencia del EMPAM y que el (la) adulto mayor cumpla con la calificación de Autovalente Sin riesgo, Autovalente Con Riesgo o En Riesgo de Dependencia. En caso de no encontrarse vigente el EMPAM, se gestionará su aplicación por el equipo de salud del sector.

Participación de ambos integrantes de la dupla profesional en forma coordinada e interdisciplinaria.

Para la adquisición por parte de los Adultos Mayores de una rutina cotidiana de ejercicios y/o técnicas para mejora y mantención de su funcionalidad, se requiere de la comunicación, planificación e integración de contenidos y modalidades de trabajo a desarrollar entre los integrantes de la dupla profesional, de modo de entregar contenidos claros y atingentes a las personas con que se trabajará, su situación de salud y funcionalidad, roles, intereses y participación social.

Cada Taller deberá considerar la participación de ambos integrantes de la dupla, como facilitador principal del taller o como colaborador del taller quien apoya y complementa el trabajo educativo y de mantención y/o mejora funcional, de manera tal de reforzar los contenidos, técnicas y favorecer la realización del trabajo grupal.

Por otra parte, el programa se insertará en forma coordinada con los otros programas de salud destinados a la población adulto mayor y con los programas municipales y de otros servicios gubernamentales y no gubernamentales relacionados.

Programación y Ejecución de los Talleres de Estimulación para los Adultos Mayores

El Programa de Estimulación Funcional contempla la participación de los adultos mayores clasificados como autovalentes sin riesgo, autovalentes con riesgo, o en riesgo de dependencia en los tres talleres que conforman el Programa:

1. Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas
2. Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas
3. Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable

Estos talleres son realizados por la dupla profesional del programa y representan una estrategia promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la funcionalidad de los adultos mayores que participan en el Programa y sus contenidos serán abordados posteriormente en este documento.

Desarrollo de los Talleres en la modalidad de sesiones mixtas de trabajo

El programa contempla 24 sesiones mixtas (90-120 minutos de duración), las que se componen de una sesión del Taller de Estimulación de Funciones motoras (45-60 minutos de duración) y una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas o del Taller de Autocuidado en Salud y Estilos de Vida Saludable (45-60 minutos de duración). Como se describió anteriormente, en toda la sesión mixta participan ambos integrantes de la dupla profesional siendo uno el facilitador principal del taller y el otro un colaborador activo presente.

Intervención grupal de 3 meses continuos de duración por persona, con una frecuencia de dos sesiones mixtas por semana.

Esta duración del Programa y frecuencia de las sesiones mixtas busca que el adulto mayor incorpore los ejercicios y técnicas experimentadas e indicadas en los talleres y logre cambios conductuales en su rutina, incorporando su práctica en forma habitual.

Se espera que dentro del programa, el adulto mayor pueda revisar contenidos y reforzar el aprendizaje mediante la realización de actividades en el hogar, las que serán analizadas en forma grupal en las sesiones.

El ciclo de 24 sesiones mixtas continuas con una frecuencia de 2 sesiones mixtas por semana se explica en el Diagrama 1.

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL PARA ADULTOS MAYORES PROGRAMAS MÁS AUTOVALENTES																								
Talleres	Taller de Estimulación Motora y Prevención de Caídas																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Sesión	Taller de Estimulación Cognitiva												Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Semana	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
Mes	1								2								3							

Diagrama 1. Planificación Ciclo de sesiones mixtas Programa de Estimulación Funcional

Se recomienda establecer estrategias de fomento de la asistencia desde el equipo de salud y desde el grupo de adultos mayores (rescate telefónico de inasistentes, cadena telefónica, visitas a compañeros para invitar a asistir, entre otros).

Evaluación de la condición funcional de los adultos mayores al ingreso y egreso del Programa

Se aplicará la encuesta de funcionalidad HAQ 8²³ adaptada para el Programa, al inicio y egreso del Programa, incorporando sus resultados en la planilla Excel²⁴ de registro de los participantes del programa. En el Registro Estadístico Mensual correspondiente, se registrarán los resultados de mantención y mejora de la condición funcional.

Se espera para lograr la incorporación de los aprendizajes a la rutina cotidiana del adulto mayor, que aquellos que ingresen al Programa, completen el total de las 24 sesiones mixtas, de modo de trabajar todos los contenidos planificados en ellas y favorecer el cambio conductual hacia la mantención y/o mejora de la funcionalidad.

Se considerará egresado del Programa a aquel adulto mayor que una vez finalizado el ciclo de 24 sesiones mixtas, cumpla con al menos el 60% de la sesiones del Programa (15 sesiones mixtas).

²³ Escala HAQ-8 disponible en Anexo N° 2

²⁴ Planilla Excel para registro disponible en Anexo N°3

En el momento del cierre de cada ciclo del Programa se recomienda reforzar la educación sobre los beneficios de la estimulación funcional y la participación social. Asimismo, informar a los participantes egresados sobre la red de organizaciones sociales existentes para dar continuidad a la estimulación funcional, el autocuidado y la participación social con actividades desarrolladas por la comunidad que sean de interés para el adulto mayor.

Realización de los Talleres en un espacio preferentemente comunitario ubicado en sectores geográficos correspondientes a la población que atiende cada centro de salud.

Se espera que se movilicen los recursos propios de cada comunidad y que el equipo pueda gestionar la utilización de espacios cómodos y accesibles para los adultos mayores (sedes juntas vecinales, sedes organizaciones adultos mayores, escuelas, liceos y otros), de modo de que la acción de salud pueda efectuarse en espacios extras al CES.

Oferta de Talleres en horario habitual de funcionamiento del Centro de Salud y la incorporación del horario de 17 a 20 horas.

Considerando los diferentes roles que ejercen actualmente los adultos mayores (trabajador remunerado, cuidador de persona dependiente, cuidador de nietos, etc.) y los variados horarios en que se reúnen las agrupaciones para sus actividades, resulta necesario que se considere además del horario de funcionamiento habitual de los CES el horario de 17 a 20 horas y sábados para la ejecución del Programa, para ampliar las posibilidades de participación.

Consideraciones para los Talleres

Sobre las actividades y adaptaciones

Para favorecer la adherencia al Programa y los efectos positivos de la participación de los adultos mayores, deberán evitarse las situaciones de cansancio excesivo, aburrimiento y de desconocimiento de los beneficios de la estimulación funcional en el desempeño de las personas mayores.

Situaciones de dolor o limitación de movilidad y particularmente, la sensación de incapacidad para participar en determinada actividad, comprender y seguir las indicaciones del facilitador, podrían perjudicar la adherencia al programa. Para prevenirlo, resulta fundamental el diálogo, la actitud observadora por parte de la dupla, la flexibilidad para adaptarse a los imprevistos y modificar actividades, y verificar que las instrucciones sean comprensibles y posibles de ejecutar. La exigencia de las actividades desarrolladas en los talleres, debe estar acorde a las capacidades y tiempos de ajuste y respuesta de los adultos mayores.

Es necesario que la dupla esté atenta a colaborar con aquellas personas que requieran mayor apoyo en la comprensión, ejecución y/o adaptación de las actividades. Se deberá en las situaciones mencionadas, generar instancias acompañamiento personalizado hacia el participante identificando las condicionantes que limiten la participación activa, como por ejemplo sensaciones de temor o vergüenza frente a la exposición ante otros, las que generalmente se presentan al inicio de los talleres, pero que con el acompañamiento y el incentivo positivo y la percepción de cercanía y validación del equipo hacia el adulto mayor, van disminuyendo con el transcurso de las actividades.

Especial atención se recomienda cuando se trabaje con personas con limitación sensorial, las que pueden aislarse por dificultad para recibir las indicaciones y ejecutar las técnicas y los ejercicios. En estas situaciones deberá consultarse a las personas sobre la forma en que más cómoda les resulta la participación, proponer algunas alternativas e implementar adecuaciones personales y grupales (enviar material de refuerzo para el hogar, incorporar un acompañante en las sesiones y otros) que fomenten la integración.

Sobre la exigencia e intensidad de las actividades

Se deberá evaluar la percepción de cansancio en los adultos mayores, sugiriéndose la educación y entrenamiento en el uso de la Escala de Borg Modificada, pudiendo acompañarse de elementos visuales que la refuercen y de la evaluación por parte de la dupla de la ejecución de las actividades y el resguardo y la indicación a los adultos mayores respecto a que el cansancio nunca debe ser de tal magnitud que les impida conversar

Se deberá manejar la intensidad de las actividades de mayor esfuerzo físico mediante el control de la frecuencia cardíaca, la que debe manejarse en valores entre el 50-69%²⁵ de la Frecuencia Cardíaca Máxima (FC Máx). Para facilitar el control de la intensidad de aquellas actividades que requieran mayor esfuerzo, se sugiere entrenar a los adultos mayores en su medición, enseñando a identificar y palpar el pulso y luego cronometrando el tiempo, calculando la FC Máx y educando en los rangos en que se debe mantener. Se recomienda el uso de la fórmula de Tanaka para el cálculo de la FC Máx de los adultos mayores $(208 - (0.7 * \text{edad})^{26})$ y la creación de una tabla que relacione edad y FC Máx que esté disponible durante el desarrollo de la sesión.

Se espera que todos los adultos mayores que cumplan con los criterios de ingreso participen del Programa. Son excepcionales los casos en que está contraindicada absolutamente la Estimulación Funcional de los Adultos Mayores pues tanto la estimulación de funciones motoras y cognitivas son inherentes a la naturaleza humana y a los desafíos que ellos enfrentan diariamente en sus tareas cotidianas y su prohibición resultará en una situación adversa que implicará mayor limitación funcional y aislamiento. Todas las actividades realizadas en el Programa deben considerar las adaptaciones

²⁵ Actividad Física y Ejercicio en los mayores. Hacia un envejecimiento activo. Promoción de la Salud Personas Mayores. Consejo de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. España, 2007.

²⁶ Age-predicted maximal heart rate revisited. Tanaka H y cols. J Am Coll Cardiol. 2001 Jan; 37(1):153-6.

necesarias tanto grupales como individuales para lograr la participación de todos los adultos mayores. Para lo anterior, se requiere del criterio profesional suficiente para no limitar la participación del adulto mayor, promover la incorporación de ejercicios y/o técnicas que le permitan mantener y/o mejorar su funcionalidad y realizar en condiciones de seguridad y no daño del adulto mayor, el grupo y el equipo de salud.

En aquellos casos donde exista una situación de salud de base que pudiese considerarse como contraindicación para la participación en el Programa, se solicitara un certificado a su médico tratante, al que se informará del enfoque promocional y preventivo del programa y los beneficios que aportará al adulto mayor que participe y la autorización respectiva.

Se recomienda evaluar la adaptación de las actividades y la derivación al equipo de salud para resguardar la participación de los adultos mayores, en las siguientes situaciones de salud²⁷ :

- Enfermedad cardiovascular severa (Riesgo Cardio Vascular Máximo)
- EPOC severa
- Diabetes Mellitus no controlada
- Trastornos convulsivos
- Hipertensión Pulmonar
- Hipotensión Ortostática
- Reducción del rendimiento cardíaco
- Miocarditis Aguda
- Enfermedad Valvular severa (incluye estenosis aórtica, pulmonar y mitral)
- Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar reciente
- Arritmias ventriculares
- Arritmias auriculares con compromiso de la función cardíaca
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva descompensada
- Hipertensión Arterial no controlada
- Extrasístoles ventriculares.
- Bloqueo de rama izquierda.
- Extinción del marcapasos en aquellos usuarios.
- Trastornos de electrolitos, en especial del Potasio.
- Obesidad importante.
- Uso actual de digitálicos y/o Betabloqueadores.

Se considerarán como contraindicaciones absolutas para practicar ejercicios físicos dentro de los talleres²⁸:

- Angina inestable o enfermedad coronaria izquierda severa
- Insuficiencia cardíaca congestiva en etapa final
- Enfermedad cardíaca valvular severa

²⁷ Ejercicio Físico y Deporte en los Adultos Mayores. Heredia L. GERINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 4. 2006

²⁸ Exercise for Community-Dwelling Older Adults. Bean y cols., Arch Phys Med Rehabil Vol 85, Suppl 3, July 2004.

- Arritmias malignas o inestables
- Presión arterial en reposo elevada (sistólica: 200 mm Hg; Diastólica: 110 mm Hg)
- Aneurisma Aórtico grande o en expansión
- Aneurisma cerebral conocido o hemorragia intracraneal reciente
- Enfermedad sistémica no controlada o en etapa terminal
- Hemorragia retiniana aguda o cirugía oftálmica reciente
- Lesión musculoesquelética aguda o inestable
- Demencia severa o trastorno de la conducta
- Dolor agudo en cualquier localización.
- Infección en curso, aún en tratamiento.
- Tumores en curso o en estudio.
- Vértigo en estudio.
- Síncopes en estudio.
- Infarto cardíaco reciente, de menos de tres meses, salvo autorizado por cardiólogo.
- Cefalea intensa reciente, sin causa conocida

Se recuerda que de todas maneras, las personas pueden incorporarse al Programa y participar de aquellas actividades educativas y de estimulación funcional que no representen mayor esfuerzo físico en los tres talleres con autorización del equipo de salud.

Sobre los Registros del Programa

Mensualmente se informará en el Registro Estadístico Mensual (REM) sobre los Adultos Mayores ingresados (REM A 05, sección K) y egresados del Programa (REM A 05 sección L), su sexo, rango etéreo y condición funcional según EMPAM.

Mensualmente se informará sobre los adultos mayores egresados, su sexo, rango etéreo y mantención o mejora de la funcionalidad según la comparación entre los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario HAQ-8 al ingreso y egreso del Programa (REM A 05 sección M).

Mensualmente se registrarán las sesiones realizadas y los participantes en el REM A 27 sección E.

Se mantendrán los datos actualizados de los adultos mayores ingresados, en control y en alta del programa en una planilla Excel²⁹, al igual que el registro de su asistencia. La participación de los usuarios en el taller deberá ser consignada en la ficha clínica, tanto al ingreso como al egreso del programa.

Se indica además, llevar un adecuado registro de los antecedentes de morbilidad de los adultos mayores ingresados, de modo de facilitar la planificación de las sesiones considerando los factores de riesgo cardiovascular y presencia de patologías osteoarticulares y/o neurológicas, entre otras.

²⁹ Disponible en Anexo N° 3.

Sobre la Programación y Ejecución de los Talleres del Programa considerando las características locales, la interculturalidad y enfoque de género.

Para este programa resulta primordial el acercamiento y conocimiento por parte del equipo de la realidad local de cada comunidad (nivel educacional, acceso a servicios, nivel sociocultural, redes de apoyo familiares y comunitarias, entre otros).

Si bien esta Orientación representa un material de importante apoyo, el equipo deberá considerar las modificaciones necesarias según la situación de los adultos mayores de cada localidad, incorporando las variables de diferencias culturales, de género y de roles de los adultos mayores.

Sobre la Metodología de trabajo grupal y participativa

La modalidad de trabajo con los adultos mayores es grupal y participativa, guiada por la dupla profesional, en grupos idealmente formados por 25 Adultos Mayores. Al trabajar con organizaciones sociales, los grupos pueden estar integrados por mayor cantidad de adultos mayores.

La modalidad de trabajo deberá considerar los principios y el enfoque de Educación Popular en Salud, identificando junto a los adultos mayores su problemáticas relacionadas, proponiendo estrategias de acción en forma conjunta y propiciando la participación de los integrantes de cada grupo, mediante la facilitación del diálogo, el encuentro de conocimientos del saber popular y el del equipo de salud y la adquisición de un conocimiento colectivo en Estimulación Funcional y Autocuidado, fortaleciendo las competencias individuales y grupales³⁰ que favorezcan el proceso de cambio conductual hacia conductas saludables, mantención y/o mejora de la funcionalidad.

La intención de mantener la adhesión del Adulto Mayor en la participación de los talleres, y siguiendo la metodología de educación de adultos se deberá considerar los intereses de cada grupos en la elección de las temáticas a abordar. Asimismo, dentro de su desarrollo, se incentivará la exposición de sus conocimientos y experiencias relacionados.

Para lo anterior, la oferta de contenidos temáticos conocidos y manejados por el equipo, debe ser mayor a la cantidad de sesiones programadas para cada taller, pues los contenidos pueden variar según la elección y priorización de cada grupo de adultos mayores con que se trabaje en los talleres de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, funciones cognitivas, autocuidado y estilos de vida saludable.

Sobre el Diseño y Ejecución de las Actividades de los Talleres

El diseño y ejecución de las actividades, considerará las características, intereses, creatividad y conocimientos previos de los adultos mayores, buscando desarrollar al máximo aquellos aspectos que motiven la participación y continuidad, entre los que destacan el diálogo sobre los objetivos de cada

³⁰ Orientación a la Educación Popular y Metodología Participativa para trabajo con Adultos Mayores disponibles en Anexo N° 4

actividad y los beneficios de su realización en las sesiones y en el hogar, los objetivos perseguidos y el carácter lúdico y motivacional. Las actividades de los tres talleres, respetarán el incremento gradual de las exigencias y la adecuación de ellas tanto individual como grupalmente para facilitar la participación de todos los integrantes del taller.

Para lo anterior, la dupla profesional deberá desarrollar además de las habilidades técnicas, características individuales e interprofesionales, relacionadas con las habilidades sociales, comunicacionales, personales y emocionales, tendientes a interactuar adecuadamente con su dupla profesional y con los adultos mayores.

Se espera además que cada dupla de trabajo favorezca las instancias de diálogo sobre la percepción de los adultos mayores con respecto a los contenidos y el abordaje efectuado en el Programa e implemente dentro del programa las estrategias expuestas en la presente Orientación.

Para estos talleres, se recomienda hacer presente a los participantes, su carácter educativo, promocional y preventivo, señalando que no se trata de actividades de competencia y que ante cualquier molestia o inquietud deben dirigirse al equipo.

Por otra parte, se explicará que no existe una exigencia de vestimenta para participar y que lo más importante es la comodidad con que cada uno participe y la seguridad del calzado (que permita el movimiento y el mismo tiempo no sea suelto para favorecer caídas, ni que produzca lesiones en los pies).

Se procurará de acuerdo a las condiciones locales, que el lugar donde se desarrollen los talleres, posea la aislación o ventilación suficiente para mantener una temperatura ambiental agradable. Será importante además procurar un ambiente iluminado e idealmente sin obstáculos para el desplazamiento de los adultos mayores.

Recordando la importancia del balance energético, se reforzará la necesidad de mantener una alimentación adecuada en dosis y horarios, evitando que las personas estén en ayuno cuando participen en el taller.

Por otra parte, se sugiere reforzar la importancia de la hidratación y mantener agua disponible para el consumo durante las sesiones.

Será necesario respetar las etapas de progresión hacia actividades de mayor exigencia física, cognitiva y social dentro del desarrollo de los talleres. Al mismo tiempo, en la planificación de actividades considerar las necesarias para la vuelta a la calma y cierre de los talleres.

Sugerencia Sesión Tipo

Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

1. Saludo cordial y recibimiento de los participantes.
2. Control de Asistencia.
3. Revisión de la “tarea para la casa” de la sesión anterior.
4. Explicación de la sesión del día, contenidos a desarrollar y fases.
5. Práctica de ejercicios de estimulación motora y/o cognitiva y/o educación en autocuidado y estilo de vida saludable, según el taller y los contenidos programados en conjunto por los adultos mayores y la dupla del Programa.
6. Entrega de la “tarea para la casa” correspondiente a la sesión.
7. Cierre formal de la sesión, evaluación participativa e invitación a la próxima reunión.

Sobre la Continuidad de la Intervención

Se espera la progresión y continuidad de los contenidos abordados en los talleres con la incorporación de una rutina de ejercicios en el hogar, reforzados con material de apoyo (dibujos de ejercicios, calendarios para organización, puzles, etc.). Se educará con énfasis en la responsabilidad individual de la mantención y/o mejora funcional y en las opciones de continuidad que existan en la red local de acuerdo a los intereses de los adultos mayores.

Sobre el material de refuerzo para el hogar

Este material será confeccionado por cada equipo, siendo recomendable la participación de los adultos mayores en su elaboración. Se priorizará de acuerdo a las necesidades detectadas en cada grupo y se potenciará la movilización de recursos ya existentes en la comunidad (papel de revistas, fotografías, implementos del hogar, entre otros) o factibles de construir (calendarios, hojas de guías de ejercicios y otros).

Deberá ser diseñado con las máximas consideraciones de accesibilidad de acuerdo a las posibilidades comunicacionales verbales, visuales y auditivas de los adultos mayores. Y asimismo, tener en cuenta, la terminología lingüística habitual, el nivel educacional y cultural de los adultos mayores, sus intereses y áreas de desempeño.

TALLERES DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL

Mediante este programa se pretende optimizar las oportunidades de salud entendiendo el envejecimiento activo de manera integral y de acuerdo a las posibilidades máximas de las personas mayores y sus comunidades, potenciando el cambio de la visión asistencialista en salud hacia una visión de fortalecimiento de las personas y su comunidad, donde el equipo de salud acompaña, y fortalece el autocuidado de los adultos mayores mediante la estimulación funcional a través del trabajo comunitario en salud promocional y preventivo

Se ha dividido la estimulación funcional en tres talleres para facilitar la organización y metodología de trabajo de los adultos mayores y los equipos, teniendo en cada uno de esos talleres como foco principal la estimulación de las funciones correspondientes, pero considerando necesariamente la integralidad de la persona mayor y que, tanto las funciones motoras como cognitivas y psicosociales, junto al autocuidado no se desarrollan en forma aislados unos de otros y que están estrechamente relacionados para el desempeño satisfactorio del adulto mayor de acuerdo a sus intereses, roles y contexto.

Los implementos utilizados dependerán de la actividad programada en cada taller y en esta Orientación se sugieren algunos materiales, cuyo uso dependerá de los objetivos de cada actividad, las características del grupo y la disponibilidad de recursos en el CES y/o en la comunidad³¹.

Dentro del Programa de Estimulación Funcional en que participarán los Adultos Mayores ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, se contempla la ejecución de los tres talleres desarrollados a continuación y la permanente evaluación participativa durante el desarrollo de las sesiones y al finalizar el Programa.

1. TALLER DE ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES Y HABILIDADES MOTORAS Y PREVENCIÓN Y MANEJO DE CAÍDAS

Este taller considera aspectos educativos y funcionales motores, que estimulan la funcionalidad del adulto mayor a través de la estimulación física, de la psicomotricidad y la prevención de caídas, trabajados en forma progresiva en 24 sesiones. Se considerará el tipo de ejercicio, duración, intensidad y

³¹ Sugerencia de materiales disponible en Anexo N° 7.

regularidad que permitan sacar el máximo provecho y conseguir beneficios para la calidad de vida de las personas a nivel fisiológico y social.

Considerando que el sedentarismo previo no es una excusa para no comenzar con la estimulación funcional del adulto mayor y que la inactividad física constituye un importante factor de riesgo tanto para patologías cardiovasculares como para la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, depresión, osteoporosis y demencias, entre otras, este taller se destinadas a conservar y/o mejorar las funciones de todos los sistemas involucrados en el movimiento humano, entre los que destacan además del sistema nervioso central y periférico, los sistemas cardiovascular, respiratorio y osteoarticular, que se relacionan con las principales morbimortalidades encontradas en este grupo etáreo. Para lo anterior, en este taller deben respetarse los principios de adecuación, continuidad y progresión correspondientes a las características presentadas en cada grupo de adulto mayor, sus intereses y roles, potenciando la educación, reconocimiento y experimentación de prácticas sensorio motoras.

De acuerdo a las características e intereses de cada grupo de adultos mayores intervenidos, se educará en el conocimiento de su estructura corporal y la importancia de las funciones motoras y psicomotrices dentro de las actividades de la vida diaria y los beneficios que aporta su estimulación en la mantención de la autovalencia y la prevención de la dependencia, así como en las consideraciones necesarias para su práctica (comodidad, beneficios/contraindicaciones, mantención de niveles adecuados de hidratación, signos de detención, comunicación con el equipo ante cualquier duda y otros).

A continuación, se desarrollan en forma general las cualidades básicas a trabajar en este taller, sugiriendo un abordaje integral que privilegie la incorporación en una misma actividad de diferentes variables de la funcionalidad, más que la realización de ejercicios destinados sólo a la estimulación de un componente.

Cada equipo deberá considerar la práctica segura de ejercicios para la Estimulación de Funciones y Habilidades Motoras, instruyendo a los Adultos Mayores en los signos y síntomas a considerar para la realización y/o detención de las actividades en el taller y la importancia de comunicarlo oportunamente.

En conjunto, deberán considerar la introducción del Programa en el diseño local de los protocolos de manejo de eventos críticos y adversos, con los correspondientes flujos de información y acción dentro de la red de salud.

Estimulación de las funciones motoras y psicomotrices

Se requiere fomentar el control motor de los adultos mayores y la movilidad general, a través de actividades que favorezcan primero la toma de conciencia de la corporalidad propia, la posibilidad de modificar posturas y actos motores en el desempeño cotidiano y luego, que propicien la automatización de posiciones de control y activación muscular que faciliten la seguridad en los actos motores y disminuyan el gasto energético asociado a las incorrectas ejecuciones.

Para lo anterior se revisará y mejorará la ejecución de actos motores globales y cotidianos de los adultos mayores como giros en supino (para la movilidad en la cama), transferencia de supino a sedente (para salir de la cama) y de sedente a de pie (para ponerse de pie desde la posición sentada), giros en sedente (para manipular objetos y actividades de autocuidado básicas), lograr y mantener posición encucillada,

marcha y cambios de dirección durante la marcha, marcha con obstáculos, marcha con extremidades superiores con función de carga o manipulación.

Mediante actividades que favorezcan la estimulación sensorial y el aprendizaje motor para la incorporación en la vida cotidiana se estimulará la mantención y/o mejora de la condición funcional.

Se considerará además la estimulación de las praxias mediante la realización de movimientos simples e intencionados, manipulación de objetos a través de secuencias de movimientos, gestos y expresiones faciales, la planificación y ejecución de movimientos que organicen elementos dentro del espacio.

Asimismo, se recomienda el desarrollo de actividades de destreza y motricidad gruesa y fina que estimulen los distintos tipos de coordinación requeridos en las actividades habituales de los adultos mayores.

Dentro de la estimulación funcional, debe considerarse que cada ejercicio o técnica no estimula una función motora en forma aislada y que transversalmente en las sesiones se estimularán las siguientes capacidades según la etapa de desarrollo y exigencia de la sesión:

RESISTENCIA AERÓBICA DEL ADULTO MAYOR

Corresponde a la capacidad entregada por las diversas funciones fisiológicas implicadas, de realizar un esfuerzo de mayor o menor intensidad durante el mayor tiempo posible. En el caso de los adultos mayores beneficiarios del programa, considera el ejercicio de sus roles a nivel personal, familiar y de su comunidad y la capacidad de realizar con niveles adecuados de tolerancia al esfuerzo aquellas actividades básicas como el desplazamiento al interior y exterior de sus hogares, subir y bajar escaleras, realizar sus actividades de autocuidado básicas e instrumentales, y de participación con otros, en un tiempo adecuado para compatibilizar todos sus intereses y responder a sus necesidades. Mediante la práctica de actividades grupales y ejercicios que incrementen progresivamente la exigencia cardiorrespiratoria, se estimulará la mejora de la tolerancia al esfuerzo en los adultos mayores, de modo de facilitar la realización de sus actividades cotidianas

Se sugiere utilizar actividades entretenidas y con significado de acuerdo a cada grupo (ejemplo bailes o juegos: tango, bailes típicos, bailes de su agrado, actividades en circuitos y otros que permitan establecer un clima de confianza y motivación). Se propone ajustar las actividades de acuerdo a los objetivos y participantes de cada grupo³².

RANGOS ARTICULARES FUNCIONALES DEL ADULTO MAYOR

Considerando la mejora y/o mantención de rangos de movilidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, se trabajará dentro del taller con actividades que involucren la

³² Sugerencias de Actividades en Anexo N° 4

movilidad funcional de los diferentes segmentos corporales, recordando la implicancia de los componentes articulares, ligamentosos, musculares y propioceptivos en su conservación y/ mejora.

Dada la presencia de síndromes dolorosos en algunos adultos mayores, se indica tener en cuenta la posible modificación y adaptación de los ejercicios y actividades junto con la permanente educación a los participantes, para no desarrollar las actividades en presencia de dolor o aumento de la sintomatología.

FUERZA Y RESISTENCIA MUSCULAR

La estimulación de los sistema sensoriomotriz a través de actividades y ejercicios grupales e individuales, Estimulará la capacidad del sistema neuromuscular de ejercer la fuerza y resistencia necesarias para el desempeño de las actividades de los adultos mayores en su contexto.

Es posible utilizar elementos de apoyo como bandas elásticas, pesas o mancuernas u otros implementos de bajo costo confeccionados por los mismos participantes y que puedan utilizar en sus hogares (ejemplo botellas con arena).

FLEXIBILIDAD

Respetando los principios de protección articular y las consideraciones de seguridad en la ejecución, se estimulará la realización de pautas para mantener y/o mejorar la flexibilidad, pudiendo utilizar elementos de apoyo disponibles en el hogar (silla, mesa, pared y otros) y el trabajo con compañeros dentro del taller, facilitando la ejecución motora y la libertad de movimiento.

EXPRESIÓN CORPORAL Y COMUNICACIÓN

La expresión corporal de los adultos mayores puede estimularse a través de diferentes actividades específicas, promoviendo la participación de la totalidad de los integrantes del grupo, utilizando técnicas de dramatización o juegos que motiven la expresión corporal y la comunicación entre los participantes o en forma transversal durante el desarrollo del taller en las actividades planificadas para la adquisición de rutinas de ejercicios o técnicas de mantención y/o mejora funcional.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN Y TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Se pretende que dentro del taller, los participantes vivencien y adquieran técnicas para volver a la calma después de la rutina habitual de ejercicios o ante situaciones de mayor estrés o ansiedad o como parte de su rutina habitual para mantención y/o mejora funcional. Para ello se mencionan entre otras la realización de ejercicios que estimulen la respiración consciente y otras técnicas (de relajación muscular progresiva, imaginería, con apoyo audiovisual, etc.)

Prevención Y Manejo De Caídas Del Adulto Mayor

La OMS indica que las estrategias de prevención de caídas deben ser integrales y polifacéticas, debiendo explorarse los factores de riesgo y utilizando estrategias preventivas eficaces, apoyando políticas que creen entornos más seguros y reduzcan estos factores de riesgo, fomentando medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas, y promoviendo la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación. Entre los mecanismos para identificar y modificar los riesgos en adultos mayores, se incluyen el examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos; intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo asociados a situaciones de salud, medicación y trastornos visuales corregibles; evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas; prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales; fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada, programas grupales comunitarios que pueden incorporar la educación para prevenir caídas y ejercicios de tipo del tai-chi o de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular, entre otros³³.

Por lo anterior se impulsará a los adultos mayores participantes a evaluar los factores de riesgos de caída presentes en sus hogares (ver Anexo 5: Pauta de evaluación de riesgo de caída en el AM) y se colaborará con la resolución de ellos mediante la educación sobre adaptaciones o utilización de ayudas técnicas de bajo costo. También puede realizarse alguna actividad grupal dentro del taller en que se visiten diferentes edificios públicos, plazas, bancos, supermercados ubicando los lugares donde existen riesgos de caídas para evaluar la posibilidad de trabajar con la comunidad la resolución de ellos.

Se realizará educación y entrenamiento de funciones y habilidades para prevención de caídas, considerando los factores de riesgo atinentes al proceso de envejecimiento (disminución de agudeza visual, equilibrio, fuerza, disminución de la capacidad de habituación vestibular, de reacciones protectoras, y otras, etc.) y otros asociados a situaciones de salud prevalentes en los adultos mayores (disminución de la sensibilidad, dificultades en la marcha y otros).

Se fomentará la práctica de ejercicios preventivos de caídas que involucren las cualidades ya descritas y que incorporen ejercicios de estimulación de equilibrio estático y dinámico, habituación vestibular y estimulación propioceptiva, que deben ser reforzados mediante la educación continua sobre sus beneficios y la práctica segura de ellos en el hogar. Junto a lo anterior, se incorporarán sesiones que incluyan entrenamiento de manejo de caídas.

³³ Caídas, Nota Descriptiva N° 344. OMS, 2012.

Tabla 1. Recomendaciones generales para la Estimulación de Funciones y Habilidades Motoras en el Adulto Mayor

- Realizar ejercicios con supervisión profesional. Esta supervisión puede ser directa o a través de monitores capacitados en Estimulación Funcional.
- Mantener al día sus controles en el Centro de Salud
- Continuar con la terapia farmacológica indicada por el equipo tratante.
- Participar en un grupo de trabajo con otros adultos mayores.
- Efectuar los ejercicios de acuerdo a las posibilidades individuales.
- Aprender y practicar las posturas adecuadas para la realización de traslados, transferencias y ejercicios específicos.
- Mantener una rutina diaria de ejercicios en el hogar.
- No realizar ejercicios que provoquen dolor.
- Acompañar los ejercicios con una respiración correcta.
- Informar al facilitador del taller y/o a sus compañeros de las actividades ante cualquier molestia presentada antes, durante o posterior a la sesión.

2. TALLER DE ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS

La autovalencia se representa entre otros, por la capacidad de responder en forma satisfactoria a las exigencias cognitivas personales y del medio en que se desempeña el adulto mayor, y que influirán en forma decisiva en su autoestima y la relación con otras personas de su entorno cercano.

Dentro de los aspectos asociados a las atenciones de salud, esta respuesta satisfactoria a los requerimientos cognitivos se representa entre otras como la capacidad de recordar las citas, explicar su motivo de consulta al equipo de salud, referir posibles molestias o inquietudes, comprender y aplicar las indicaciones del equipo y seguir adecuadamente las instrucciones de dosis y horarios de medicamentos o toma de exámenes.

La Estimulación Cognitiva incorpora aspectos educativos sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores y entrenamiento de funciones cognitivas para la mantención y/o mejora funcional. Este taller se desarrolla en 12 sesiones, en las que se considerará el nivel sociocultural y educativo y la situación sensorial de los participantes para planificar y ejecutar las actividades.

Conocer los intereses de los adultos mayores propiciará el desarrollo del taller enmarcado en los temas y áreas de interés del grupo, facilitando así la integración de los adultos mayores y su participación en las sesiones.

La estimulación de los procesos cognitivos busca mantener y/o mejorar las funciones cognitivas de memoria, atención, orientación, habilidades visoespaciales, reconocimiento o gnosias, praxias, lenguaje y comunicación, y la respuesta frente a nuevos desafíos a través de la estimulación de funciones ejecutivas y de la cognición social.

Dentro de las actividades del taller se intencionará la estimulación de cada función, entendiendo que dada su interrelación, puede simultáneamente estimarse más de una función cognitiva.

MEMORIA

Es la capacidad para almacenar, codificar y recuperar de manera efectiva información conocida y sucesos vividos, y forma parte de todas las acciones que realiza el ser humano, ya sea en acciones primitivas como caminar, escuchar, etc., hasta acciones más complejas como el compartir con otros, el lenguaje y los pensamientos entre otras.

Para que lo anteriormente mencionado, se deben incorporar ejercicios de los sentidos, de retención y evocación de recuerdos, de esta forma se estará trabajando tanto la memoria sensitiva, a corto plazo y a largo plazo.

Lo más importante de todos los ejercicios, deben ser acorde al contexto de los adultos mayores, ya que la memoria se debe trabajar desde ejemplos concretos y cercanos a la realidad subjetiva del individuo y los grupos.

Es posible trabajar por ejemplo mediante fotografías personal o un recorte de diario o revista y solicitar a los adultos mayores que recuerden nombres, lugares, fechas o historias asociadas. También puede

incorporarse la construcción de guiones sobre historias locales y la realización de una dramatización grupal.

ATENCIÓN

Es la capacidad de generar, dirigir y mantener un estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la información. Incluye la capacidad de mantener fluidamente el foco de atención en las tareas en un tiempo prolongado (atención sostenida), de dirigir la atención y centrarla en algo, modulando la interferencia de otros estímulos que la interrumpen (Atención Selectiva), de cambiar el foco de atención de una tarea a otra en forma fluida (atención alternante) y el ritmo al que se realizan las tareas (velocidad de procesamiento).

Se recomienda realizar en los talleres acciones que incluyan actividades de reconocimiento y memorización de patrones, realización de cálculos, realizar tareas de razonamiento bajo presión y ejercicios en base a pistas para que el adulto mayor trabaje la velocidad de encontrar una respuesta. Todo esto con fines de entregar al adulto mayor herramientas para enfrentar su vida cotidiana.

ORIENTACIÓN

Permite que el adulto mayor conozca en qué situación se encuentra tanto espacial como temporalmente, facilitando su ubicación en el contexto temporal y organización de tareas y, su ubicación en lugares conocidos y desconocidos.

La orientación temporal-espacial, puede presentar alteraciones en el adulto mayor, y se afectarán directamente en las posibilidades de mantenerse independiente y autónomo, ya se modificarían el reconocimiento de los espacios y los tiempos requeridos para ejecutar su rutina diaria.

Se recomienda utilizar dentro del trabajo fechas importantes para cada adulto mayor y otras fechas conmemorativas que pueden ir desde el contexto nacional al local, junto con el reforzamiento de la rutina en base a patrones establecidos por los adultos mayores.

Además, diversas actividades que fomenten el uso del cuerpo, utilizando temáticas como orientación, posición, dirección y dimensión. Cabe destacar que estas acciones no se deben quedar sólo en el trabajo corporal en un solo lugar, si no que se deben aplicar tanto al entorno físico próximo como más lejano, donde se mueve el adulto mayor, de esta forma tratar se favorece la habilidad de movilizarse tanto dentro y fuera del hogar en forma orientada.

HABILIDADES VISOESPACIALES

Permiten distinguir por medio de la vista, la posición relativa de los objetos (arriba, abajo, a la derecha o a la izquierda) en relación a uno mismo.

Están presentes en el diario vivir de los adultos mayores, cuando alcanzan objetos o lugares, para calcular la distancia y profundidad en que se encuentran, durante la marcha para ubicar los obstáculos que pueden entorpecerla. Permiten además calcular las distancias, planificar rutas mentales para llegar a algún destino y determinar espacios para realizar movimientos (por ejemplo para guardar objetos en un mueble, estacionar un auto).

RECONOCIMIENTO O GNOSIAS

Corresponde a la capacidad de elaborar, interpretar y asignar un significado a la información captada por los sentidos.

En la funcionalidad del adulto mayor se involucran las gnosias visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas y el esquema corporal. Es fundamental que se estimulen con actividades que involucren estímulos para los sentidos que les sean cotidianos (objetos y figuras de uso frecuentes, sonidos conocidos, materiales de diversas texturas y temperaturas y gustos, como por ejemplo alimentos y posiciones y movimientos requeridos para movilizarse dentro y fuera del hogar).

LENGUAJE

Es la habilidad para elaborar, comunicar y entender ideas mediante sonidos, símbolos y/o sistema de gestos. Incluye la capacidad de formular ideas con sentido y gramaticalmente adecuadas (Expresión), de entender el significado de palabras e ideas (Comprensión), el conocimiento del léxico (Vocabulario), la capacidad de nombrar objetos, personas o hechos (Denominación), la capacidad de producir contenidos lingüísticos rápida y eficazmente (Fluidez), de reconocer, diferenciar e interpretar contenidos relacionados con el lenguaje (Discriminación), de producir los mismos sonidos que se escuchan (Repetición), de transformar ideas en símbolos, caracteres e imágenes (Escritura) y de interpretar los mismos y expresarlos (Lectura). Se estimula a través del diálogo, el análisis de imágenes y relatos, la lectura y la escritura entre otros.

FUNCIONES EJECUTIVAS

Guían la conducta personal hacia un objetivo e incluyen la capacidad para planificar, llevar a cabo, regular y corregir nuestra conducta.

Mantienen, manipulan y transforman la información (memoria de trabajo), generan objetivos y planes secuenciados de acciones para su logro y se anticipan seleccionando el más adecuado para su logro

(planificación), comparan resultados, infieren y establecen relaciones abstractas (razonamiento), generar nuevas estrategias para adaptar la conducta según las exigencias ambientales (flexibilidad), ignoran impulsos o información irrelevante para la realización de una tarea (inhibición), deciden una forma de actuar comparando las alternativas posibles y sus resultados y consecuencias (toma de decisiones), calculan la duración de actividades o sucesos (estimación temporal), permiten realizar dos tareas diferentes en forma simultánea y prestar atención a ambas (ejecución dual) y organizar y realizar al mismo tiempo varias tareas, intercalándolas y conociendo en qué etapa del desarrollo se encuentra cada una en todo período (multitarea).

La estimulación de las funciones cognitivas permitirá que el adulto mayor mantenga y/o mejore la capacidad de evaluar si las tareas que realiza requiere de ajustes para mejorar o no la acción. Cuando esta habilidad cognitiva se encuentra disminuida que la persona puede tener dificultades para organizar las tareas, mantener el interés, permanecer alerta, sostener un estado emocional nivelado, comenzar, y completar las tareas, entre otras.

Para esto, se recomienda realizar ejercicios de deducción, razonamiento, ordenar pasos de una tarea, ordenar una acción verbal con una interferencia visual distinta a la verbal, ordenar listados de conceptos, utilización de refranes y adivinanzas, entre otras, para lo cual debe tenerse en cuenta el nivel socio cultural de los adultos mayores y si alguno de estos presenta alguna dificultad tanto física como sensorial

PAUTAS DE APOYO Y REFORZAMIENTO DE LA ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS PARA EL HOGAR

Las pautas de apoyo y reforzamiento para el hogar tienen como objetivo entregar un material simple y didáctico , que apoye lo aprendido en el taller en el hogar, y permita que los adultos mayores en sus tiempos libres dentro de su rutina cotidiana, realicen ejercicios individuales que estimulen el trabajo cognitivo.

Este material debe ser construido en base a los intereses manifestados por los adultos mayores como temas de interés durante las sesiones y de acuerdo a la realidad local.

ESTRUCTURACIÓN DE RUTINA Y ORGANIZACIÓN DE LAS TAREAS

La rutina diaria de los adultos mayores comienza a verse modificada según las diferentes actividades que deben realizar. En ocasiones, disminuyen sus acciones fuera del hogar y comienzan a aislarse de acciones de participación social, debido al temor a salir, a ciertas limitaciones físicas, cognitivas o demandas del medio familiar y social.

Es posible apoyarlos y prevenir el aislamiento, motivando por medio de pautas o calendarios la diversificación de sus acciones, mostrando que, de forma ordenada, ellos pueden participar en actividades fuera del hogar y a la vez hacerse cargo de su hogar, el cuidado de sí mismos y otros si es que el contexto familiar lo requiere.

3. TALLER DE AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

El Autocuidado en Salud y Estilos de Vida Saludable, considera tratar en 12 sesiones temas de interés, de acuerdo a las necesidades de educación y priorización señalados por el grupo. Se espera motivar la participación del equipo del CES u otros del centro y el intersector, como colaboradores en este taller. Se sugiere a la dupla preparar una batería mínima de contenidos en los siguientes temas:

Educación en Autocuidado de Salud y Estilo de Vida Saludable, Importancia del Envejecimiento Activo

Prevención, manejo y cuidado en situaciones de Salud de mayor prevalencia en el Adulto Mayor, relacionadas con patologías Cardiovasculares, Osteoarticulares, Respiratorias, de Salud Mental, Neurológicas, Síndromes Geriátricos y otras.

Entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumental para mejorar autonomía funcional, principios de Protección Articular y Conservación de la energía.

Afectividad y Sexualidad del Adulto Mayor

Alimentación saludable, recetas innovadoras con alimentos del PACAM

Ayudas Técnicas o Tecnologías de Apoyo para facilitar el desempeño de los adultos mayores

Construcción de Ayudas Técnicas a bajo costo que faciliten Actividades de la Vida Diaria de los Adultos Mayores

Espiritualidad, Duelo y Buen Morir

Derechos del Adulto Mayor y conocimiento de redes locales de servicios

Participación Social como factor protector de la salud

Diagrama 2. Batería de Contenidos sugerida para talleres de Autocuidado y Estimulación Funcional

Se insta a los equipos a incluir dentro de este taller una actividad de Inicio para informar y motivar a los adultos mayores a participar del Programa y, una actividad de Finalización, para dar término al Programa, evaluar junto a los adultos mayores su desarrollo e invitarlos a continuar practicando los ejercicios y técnicas aprendidos, y a extender su participación en organizaciones sociales de adulto mayor (idealmente capacitadas en Estimulación Funcional)

PRODUCTOS ESPERADOS DEL COMPONENTE 1,
PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL

- 1. La mantención o mejora de la Condición Funcional de los Adultos Mayores ingresados*
- 2. El ingreso de Adultos Mayores que cumplan con criterios de inclusión*
- 3. Talleres de Estimulación de Funciones Motoras y prevención de caídas*
- 4. Talleres de Estimulación de Funciones Cognitivas*
- 5. Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable*
- 6. Difusión de la estrategia en el equipo del Centro de Salud*

Componente 2:

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN ORGANIZACIONES SOCIALES LOCALES

Capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se insertará en la red local de servicios vinculados a la oferta programática intersectorial que exista para las personas mayores, recomendándose la generación de alianzas particularmente con aquellos servicios, que fomenten estilos de vida saludable, estimulación funcional y la participación social.

Se propone que la estimulación funcional de los adultos mayores continúe una vez que egresan del Programa de Estimulación Funcional, con su incorporación a organizaciones sociales vinculadas al programa y capacitadas en autocuidado de la salud, o con la mantención de su participación en ellas.

En este segundo componente, se deberá levantar la información local sobre las necesidades y requerimientos que presentan las organizaciones para el autocuidado de salud y en base a ello, generar un plan de acción que incluya la capacitación de Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales de Adultos Mayores, en autocuidado, incluyendo la estimulación funcional y la educación en estilos de vida saludable.

ESTRATEGIAS PARA EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN ORGANIZACIONES SOCIALES

Contacto y coordinación con la red local de servicios y organizaciones sociales relacionadas.

El Programa Más Adultos Mayores será difundido entre la red de servicios locales y organizaciones sociales de la comuna, de modo de socializar la información y que pueda llegar a la mayor cantidad de adultos mayores beneficiarios del Programa, en una red informada sobre éste, sus beneficiarios, medios de acceso y modalidades de trabajo.

En conjunto, la realización de este programa mediante un enfoque comunitario, requiere del establecimiento de relaciones entre los distintos actores de los servicios públicos involucrados (DIDECO, Oficina de Adulto Mayor, SENAMA, Agrupaciones Sociales, Centros de Salud, Clubes Deportivos, etc.) y reconocidos como entes informativos por los adultos mayores.

Se espera además, el establecimiento de canales de comunicación y flujogramas de acción entre el programas y los distintos programas municipales y ONG.

Realización de un Diagnóstico situacional que dé cuenta de:

- Las Organizaciones Sociales de Adulto Mayor de la Comuna y su caracterización
- La oferta de servicios para el Adulto Mayor en la Comuna

Para facilitar el trabajo y acercamiento de los equipos a las comunidades, a continuación se enmarca metodológicamente el Diagnóstico Situacional requerido para el programa, describiendo el proceso de Diagnóstico Comunitario Participativo, del cual forma parte.

Diagnóstico Comunitario Participativo

Para contribuir al desarrollo sostenible de las comunidades es indispensable que el equipo de salud que pretenda trabajar junto a la comunidad conozca las condiciones de vida de la población, de la realidad social, económica, política y cultural.

Se ha definido un diagnóstico situacional como el “Conocimiento aproximado de las diversas problemáticas de una población objetivo, a partir de la identificación e interpretación de los factores y actores que determinan su situación, un análisis de sus perspectivas y una evaluación de la misma”³⁴.

Diagnóstico situacional es una forma de investigación científica comprometida con la acción, más que con la generación de conocimiento acumulable. Es un proceso de generación de información para orientar la

³⁴Prado A, Diagnóstico Situacional. Universidad A. Peruanas. Arequipa, 2012

toma de decisiones, elaborar planes, diseñar proyectos, formular políticas, establecer acuerdos y orientar otras formas de transformación de la realidad concreta. En este sentido, “el diagnóstico situacional precede y preside las intervenciones”³⁵.

Si bien, la literatura menciona variada nomenclatura al referirse a Diagnóstico Comunitario, Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo, presentándose en reiteradas ocasiones como procesos sinónimos, para el Programa Más Adultos Mayores y con el fin de apoyar la comprensión y acercamiento de los equipos al Trabajo Comunitario en Salud y facilitar la metodología en esta labor, se considerará dentro del Diagnóstico Comunitario Participativo, una etapa inicial denominada **Diagnóstico Situacional**, el que permitirá un primer acercamiento y análisis de la realidad local, seguido de un **Diagnóstico Participativo**, realizado con los adultos mayores sobre sus necesidades/problemas/expectativas en Estimulación Funcional y Autocuidado y finalmente la elaboración e implementación de un **Plan de Acción** conjunto, basado en las etapas anteriores.

1. Diagnóstico Situacional

Dentro del Diagnóstico situacional, se propone la recopilación de los siguientes antecedentes de la mayor cantidad de fuentes posibles, considerando la participación de informantes claves y líderes comunitarios:

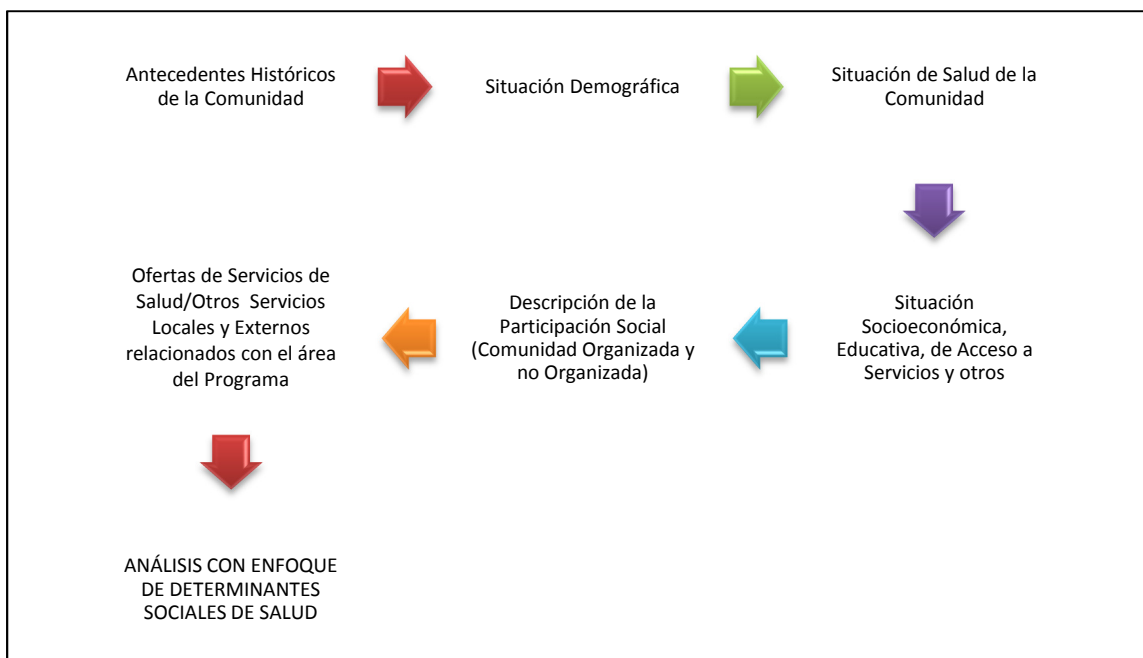


Diagrama 4: Elementos para Análisis y Formulación de un Diagnóstico Situacional Básico.

Se espera además que, dentro del análisis de las Redes Sociales y de la oferta de Servicios relacionados con el Programa e interiorizarse en las situaciones previas y actuales desarrolladas en relación con su área

³⁵Guerrero A., Torres P., Guía para elaborar un análisis de la situación de salud en zonas rurales. México 2009

de acción, de modo de completar la información y constituirla como base a utilizar por el equipo y la comunidad y presentar en el formato de informes del Anexo N° 6³⁶.

El Diagnóstico Situacional, debiera resultar en una reflexión por parte del equipo respecto a las condiciones y situaciones que enfrentan los adultos mayores de su comunidad y cómo a través del Programa Más Adultos Mayores, y los Diagnósticos Participativos realizados en una segunda etapa se pudiese, en forma conjunta entre el equipo de salud y la comunidad, apuntar a la resolución parcial y/o total de alguna de las problemáticas presentadas relacionadas con el área de trabajo del Programa.

2. Diagnostico Participativo

Constituye la segunda etapa de este proceso de Diagnóstico Comunitario y una herramienta metodológica útil para desarrollar procesos participativos de acción en salud, pudiendo a la vez formar parte de procesos de Investigación Acción Participativa.

La realización de un Diagnóstico Participativo con las organizaciones (y/o sus representantes), para determinar sus necesidades y expectativas de capacitación en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud del Adulto Mayor, será de gran utilidad pues permite:

Diagnóstico Participativo	Construir conocimiento mutuo con la comunidad y actuar en conjunto sobre la realidad.
	Obtener información para planificar Trabajo Comunitario en Salud a corto, mediano y largo plazo.
	Lograr la participación de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones.
	La comunicación y priorice por parte de la comunidad de sus problemas y necesidades.
	Conocer propuestas comunitarias para resolver problemas mediante el uso de recursos propios y/o gestionados con el intersector.
	Contribuir mediante la capacitación, a la autovaloración y reconocimiento de potencialidades de los miembros de la comunidad
	Fortalecer la autogestión, la autonomía y procesos participativos democráticos
	Superar el espontaneísmo en las prácticas de trabajo incorporando técnicas participativas y de planificación

Diagrama 5. Objetivos de la etapa de Diagnóstico Participativo

El Diagnóstico participativo busca “comprender para resolver” y es parte de las estrategias de educación comunitaria. La clave para que un diagnóstico sea participativo, está en la devolución de la información a la comunidad, la validación por parte de ésta y su participación en la propuesta o búsqueda de soluciones.

³⁶ Formato de informes disponible en Anexo N° 6

EL objetivo del Diagnóstico es generar información para la acción en salud, mediante la creación de un espacio de confianza entre los participantes, que les permita expresar libremente su opinión sobre uno o más temas, a través del estímulo del diálogo por parte de los facilitadores. Para lo anterior, los facilitadores, no deben perder de vista el rol protagónico de la comunidad y que el objetivo del proceso es la acción, para ello facilitan la participación a través de metodología participativa contextualizada a la comunidad con que trabajan y de acuerdo a la etapa de recopilación de información y propuestas en que se encuentran.

Es preciso que todo proceso diagnóstico desarrollado en el Programa considere el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, los aspectos históricos, sociales, educacionales, epidemiológicos y otros característicos de cada comunidad, junto con aspectos comunicacionales contextualizados a la realidad local y que busquen promover y facilitar el diálogo. En él pueden además participar otros actores locales como representantes de la red de servicios para el adulto mayor, dirigentes sociales, y el equipo de salud, entre otros.

En este Diagnóstico Participativo, deberá considerarse su carácter de Diagnóstico Parcial, pues no se pretende conocer todas las problemáticas que aquejan a los Adultos Mayores de la Comunidad, aunque se reconoce su importancia e influencia en la calidad de vida de los mismos, si no que las relacionadas con las expectativas de capacitación de la red de organizaciones de adultos mayores en Autocuidado y Estimulación Funcional.

El Diagnóstico Participativo debiese trabajarse mediante algunas sesiones de carácter grupal en que se trabaje con distintas técnicas, la motivación de los participantes, la justificación del diagnóstico y la importancia de la participación para la identificación de los aspectos para la capacitación de líderes comunitarios en estimulación funcional y autocuidado de adultos mayores. Entre las técnicas a desarrollar se mencionan algunas a continuación, las que se profundizarán en el Manual de Apoyo a los Equipos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, pudiendo emplearse otras técnicas participativas de acuerdo a la comunidad y el equipo:

- Técnica de Collage “la visión de la comunidad ideal”: Se facilita la expresión de las características y metas a las que aspiran los participantes que ofrece una visión de la generalidad positiva y en forma indirecta, permite conocer cuáles son los problemas o dificultades que experimentan para lograrlos, identificando necesidades/problemas existentes, recursos disponibles y alternativas de solución.
- Técnicas para Identificación de Problemas: Generalmente se comienza con una pregunta generadora de diálogo en que las personas son invitadas a responder reconociendo directamente cuáles son las necesidades/ problemas en relación a la pregunta. Entre las técnicas que pueden utilizarse está la Lluvia de Ideas, La Pirámide de Problemas, La matriz de Problemas y de Priorización, el Árbol de Problemas y otras, las que se emplearán de acuerdo al diálogo esperado, las características de la comunidad y el tiempo disponible para la realización de las sesiones.

3. Plan De Acción Participativo

Considerado como uno de los resultados del Diagnóstico Participativo, este Plan de Acción corresponde a una fase de planificación de estrategias comunitarias para la resolución de problemas. Para ello se motiva a la comunidad al reconocimiento y propuesta de alternativas de solución viables que involucren estrategias de desarrollo comunitario y la disponibilidad de capacitación de líderes comunitarios en el Programa de Estimulación Funcional y Autocuidado.

En esta etapa la facilitación del debate debe motivar, la creatividad, compromiso y responsabilidad de los actores involucrados en las soluciones propuestas.

Dentro de este Plan de Acción, deberá desarrollarse el Programa de Capacitación de Líderes Comunitarios el que se implementará en forma ideal durante el primer año del Programa, incorporándose a los Informes de Avances a remitir por cada dupla profesional.³⁷

Se incluye además en esta etapa, una propuesta de monitoreo y seguimiento de los acuerdos emanados del Diagnóstico Participativo, el que incorpora a la comunidad en esta supervisión.

La confección de un Catastro y un Mapa de red local de Organizaciones de Adulto Mayor y Red Local de Servicios.

El catastro de las organizaciones sociales de adultos mayores incluirá todas aquellas organizaciones formadas preferentemente por adultos mayores, pudiendo ser clubes de adultos mayores, centros de madres, clubes deportivos, juntas de vecinos y otros. Este catastro puede obtener la primera base informática para su construcción en la Oficina de Adulto Mayor o equivalente de cada municipio y con los encargados de Participación y Promoción de los Centros de Salud.

En este catastro se deberá registrar al menos los siguientes aspectos:

Nombre de la Organización	R.U.T.	N° Personalidad Jurídica	N° de Integrantes	N° de hombres y mujeres participantes	Nombre representante	Teléfono de Contacto	Dirección de la Organización	Sector en que se ubica	Principales Actividades	Horarios de Reunión	Participa en Programa Más Adultos Mayores Autovalentes
---------------------------	--------	--------------------------	-------------------	---------------------------------------	----------------------	----------------------	------------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------	--

En base al diagnóstico situacional, se espera la georreferenciación en un mapa digital o de papel (MAPA DE RED LOCAL) de las organizaciones sociales de adulto mayor de la comuna y una caracterización básica de las mismas, que permita a los adultos mayores egresados del programa identificar las organizaciones

³⁷ Anexo N° 6: Formato de Informe de Avances y Final

existentes para su incorporación y fomentar la continuidad de la estimulación funcional y la participación social.

Adicionalmente, con los antecedentes obtenidos en el Diagnóstico Situacional, se espera que los equipos construyan un Catastro de los Servicios Locales para el Adulto Mayor, que sirva de apoyo frente a las consultas que espontáneamente surgirán dentro del desarrollo del Programa, para una informada y oportuna derivación de las personas hacia la red local de acuerdo a sus requerimientos (sanitarios, socioeconómicos, laborales, recreativos y otros) y que consignen los puntos más importantes de esta red en el mapa de red local.

La Capacitación de Líderes Comunitarios dentro de las Organizaciones, en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud del Adulto Mayor, para el desarrollo de actividades afines dentro de sus organizaciones.

Para efectos de este Programa se entenderá como Líder Comunitario a aquel adulto mayor capacitado por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en Estimulación Funcional y Autocuidado en Salud y que desarrollen actividades afines dentro de sus organizaciones (Actividades educativas de Autocuidado en Salud y Actividades de Estimulación de Funciones Motoras y Cognitivas y difusión de estrategias locales de servicios y beneficios para los adultos mayores)

Se espera con esta estrategia, fomentar la acción participativa en salud de las organizaciones, las que seleccionarán adultos mayores con interés por participar como monitores de sus agrupaciones. Se espera además que estas organizaciones formen parte de la red del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes e incorporen a las personas egresados del programa, que manifiestan la intención de seguir participando de él.

El apoyo a las organizaciones capacitadas, por parte de la dupla profesional, mediante actividades de acompañamiento y supervisión.

Se considera el acompañamiento, con actividades de supervisión o de reuniones participativas con los líderes capacitados, para revisar avances, resolver en conjunto dudas y retroalimentarse sobre el trabajo realizado en estimulación funcional y el planteamiento y evaluación del proceso tanto desde las organizaciones como desde el equipo de salud.

PRODUCTOS ESPERADOS DEL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO DEL ADULTO
MAYOR EN ORGANIZACIONES SOCIALES LOCALES

- 1. Catastro y Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales de Adulto Mayor y Servicios Relacionados.*
- 2. Diagnóstico Participativo sobre necesidades de capacitación en Estimulación Funcional y Autocuidado de Salud del Adulto Mayor*
- 3. Capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado de Salud del Adulto Mayor*
- 4. Difusión de la estrategia en las organizaciones sociales y red de servicios locales*

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se realizarán 2 evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos en el ítem Indicadores y Medios de Verificación de la presente Orientación Técnica y los informes de Avances y Final de Implementación solicitados, descritos en el Anexos N°6, con los medios de verificación competentes.

- La **primera evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
≥60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99 %	75%
Menos del 30%	100%

- La **segunda evaluación y final**, se efectuará con corte al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas por componente.

Fechas de Entrega de Informes

El Informe de la **primera evaluación**, deberá ser remitida por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud³⁸, hasta el día 5 del mes de Septiembre; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 10 de Septiembre, informe consolidado³⁹ respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

El Informe de la **segunda evaluación**, deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el día 5 del mes de Enero del siguiente año; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 10 de Enero, informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa. Esta evaluación podrá tener incidencia en la asignación de recursos del siguiente año.

³⁸ Informe Tipo en Anexo N° 6

Adicionalmente, para el seguimiento se podrá requerir el envío **de informes de avance mensuales** al respectivo Servicio de Salud, y, de éste, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales (División de Atención Primaria) del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

El Servicio de Salud respectivo, evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada componente, indicador y meta asociada. Las metas, y el cumplimiento esperado del programa con sus pesos relativos, se muestran en Tabla Nº 1, a seguir:

Tabla Nº 1. Cumplimiento Global del Programa.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio verificación	Peso relativo
Nº 1 Programa de Estimulación Funcional y Cognitiva	% de Adultos Mayores que mantienen o mejoran su condición funcional	$(\text{N}^\circ \text{ de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional} / \text{N}^\circ \text{ de total de adultos mayores ingresados al Programa}) \times 100$	60%	REM	20
	% de Adultos Mayores en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(\text{N}^\circ \text{ de personas ingresada al programa con condición autovalente} + \text{autovalente con riesgo} + \text{en riesgo de dependencia} / \text{Población adulta mayor con condición autovalente} + \text{autovalente con riesgo} + \text{en riesgo de dependencia comprometida a ingresar}) \times 100$ ⁴⁰	60%	REM	20
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15 asistentes por sesión	REM	20
Nº 2 Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales Locales	TRABAJO EN RED LOCAL	Catastro y Mapa de Red Local Disponible formato digital y físico (dicotómico si/no)	100%	Informe de Avances y Final	20
	DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	Informe Diagnóstico Participativo Autocuidado y Estilos de Vida Saludable (dicotómico si/no)	100%	Informe de Diagnóstico Participativo y Programa Capacitación	20

⁴⁰ La promoción y prevención para la mantención y/o mejora de la funcionalidad de los adultos mayores, considera que un 70% de los adultos mayores inscritos podrían verse beneficiados del programa, por cumplir con los criterios de ingreso. Para incentivar el control y la prevención en aquellos centros con menor población adulto mayor bajo control, dado que con un 60% de cumplimiento del indicador beneficiarían a un pequeño porcentaje de su población inscrita, se ha estandarizado la exigencia de meta a cumplir entre los centros mencionados y aquellos con elevados porcentajes y cifras de adultos mayores bajo control, considerando la disponibilidad de recurso humano para el cumplimiento de esta meta, se ha estimado el número de personas comprometidas a ingresar en 1075 adultos mayores para los centros con una dupla profesional y en 2.200 para los centros con dos duplas profesionales. De este modo la meta de cumplimiento de cobertura corresponde para el año 2015 a un 60% de dicha población, resultando en 645 ingresos por dupla profesional y en 1.320 cuando existan dos duplas profesionales por establecimiento.

ANEXOS

ANEXO N° 1: FORMATO COMPROMISO INFORMADO ESCRITO

MUNICIPALIDAD/ COMUNA _____

DIRECCIÓN DE SALUD/ COORPORACIÓN DE SALUD

CENTRO DE SALUD _____

PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

Yo ____ (nombre) _____, Cédula de Identidad: _____, Ficha Clínica N° _____, consiento mi participación en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, el que me ha sido informado en forma clara, y con el que me declaro en acuerdo con su objetivo de Prolongar la Autovalencia de los adultos mayores y modalidad de trabajo de 24 sesiones mixtas, a realizarse durante tres meses. Me comprometo a participar en los talleres y a informar al equipo del programa ante cualquier duda, molestia o imprevisto que me ocurra durante mi participación en los talleres.

(Firma participante)

(Nombre y Firma dupla profesional)

Fecha: _____

ANEXO N° 2: CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

(HAQ-8 Modificado para el Programa)

Nombre: _____ N° Ficha: _____ Fecha Ingreso/Egreso: _____ Puntaje Ingreso/Egreso: _____

¿Actualmente puede usted:	Sin ninguna dificultad (0 puntos cada una)	Con alguna dificultad (1 punto cada una)	Con mucha Dificultad (2 puntos cada una)	No puedo hacerlo (3 puntos cada una)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?				
2.- Acostarse y levantarse de la cama?				
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?				
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?				
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?				
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?				
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?				
8.- Subir y bajar del auto, el colectivo, el bus o la micro?				
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?				
10.- Salir de la casa y comprar en un almacén o negocio?				

Puntaje Final= Puntaje Total

Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso

Mejora funcional= Disminuye al menos un punto en el puntaje total de la evaluación de egreso comparado con la evaluación de ingreso

ANEXO N° 3: SUGERENCIA PLANILLA EXCEL PARA REGISTRO DE PARTICIPANTES Y ASISTENCIA

REGISTRO PARTICIPANTES

NÚMERO	ANTECEDENTES GENERALES DE IDENTIFICACIÓN								ANTECEDENTES FUNCIONALES			PROGRAMA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL																												
	RUT	FICHA CLÍNICA	NOMBRES	APELLIDOS	FONO CONTACTO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD (años)				EMPAM			PROGRAMA /GRUPO	INGRESO		EGRESO			DIFERENCIA PUNTAJE EGRESO-INGRESO	MANTENCIÓN/VARIACIÓN FUNCIONAL			OBSERVACIONES															
								65-69	70-74	75-79	80 v +	SIN RIESGO	CON RIESGO	EN RIESGO		FECHA	PUNTAJE CUESTIONARIO FUNCIONALIDAD	FECHA	N° SESIONES AL TÉRMINO DEL PROGRAMA	PUNTAJE CUESTIONARIO FUNCIONALIDAD		MANTIENE	MEJORA	DISMINUYE																
1																																								
2																																								
3																																								
4																																								

REGISTRO ASISTENCIA

NÚMERO	ANTECEDENTES GENERALES				PARTICIPACIÓN PROGRAMA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL																									
	RUT	FICHA CLÍNICA	NOMBRES	APELLIDOS	PROGRAMA /GRUPO	ASISTENCIA SESIONES MIXTAS (ASISTE =1; ASISTE PARCIALMENTE=0,5; NO ASISTE=0)																								
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL SESIONES MIXTAS
1																														
2																														
3																														
4																														

ANEXO N° 4: ORIENTACIÓN A LA EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD Y METODOLOGÍA PARTICIPATIVA PARA ESTIMULACIÓN FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES

EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD

El proceso educativo a desarrollar en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, considera la perspectiva transformadora de la Educación Popular. Para ello, es necesario recordar que la concepción metodológica de la Educación Popular implica más que un conjunto de técnicas participativas y dinámicas grupales, resaltando la raíz dialéctica del conocimiento y su permanente desarrollo y recreación⁴¹.

Es preciso considerar su carácter plural y dinámico, cuyo objetivo consiste en facilitar la acción transformadora⁴² para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas y comunidades a través de la construcción colectiva de alternativas y oportunidades para el desarrollo comunitario.

Es imprescindible comenzar desde lo que los adultos mayores saben, viven y sienten y como se representa en sus vivencias cotidianas, mediante situaciones y problemáticas, que guiarán los temas a desarrollar en el Programa. La educación popular no considera efectiva la metodología bancaria, de introducir conocimiento en los educandos, considera que los educandos tienen, contienen y crean conocimientos por sí mismos en su permanente relación con el medio. Esto se verifica notablemente en la experiencia de los adultos mayores.

Luego al trabajar la teorización sobre esta parte práctica, generar un proceso ordenado, progresivo y sistemático que tenga siempre presente el ritmo de los participantes, que potencie el descubrimiento de elementos teóricos y su profundización. Se trata de ir en un proceso educativo desde la vida a la teoría o ciencia y/o sistematización del conocimiento.

Finalmente desde la teorización se vuelve a la práctica para transformarla, manejarla y/o resolverla, con nuevos elementos y herramientas individuales y/o colectivas desarrolladas en el taller. Sugerencia de proceso en Diagrama N° 3.

⁴¹ Vargas L. Las técnicas participativas Herramientas de educación Popular. Círculo solidario, Capacitación a Facilitadores comunitarios de 8 comunidades urbano marginales de El Salvador. El Salvador, 1984.

⁴² Coppens F., Van de Velde H. Técnicas de Educación Popular. Metodología y Técnicas de Educación Popular. Programa de Especialización en Gestión del Desarrollo Comunitario. CURN/CICAP. Nicaragua 2005.

Las técnicas a utilizar deben estar en función del proceso de formación, entendiendo que este tiene un sentido direccional de acuerdo a los objetivos del Programa y las necesidades o requerimientos expresados por los Adultos Mayores Participantes y que se implementa de acuerdo a las personas con que se ejecutan y el tiempo disponible.



Diagrama 3. Ejemplo de Ciclo sugerido en proceso educativo para trabajo en talleres del Programa de Estimulación Funcional.

Las herramientas presentadas a continuación, pretenden aportar en el rol pedagógico del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, por lo tanto deberán enmarcarse dentro de un proceso planificado de trabajo grupal participativo. Se han agrupado en la siguiente clasificación para facilitar la identificación por parte del equipo:

1. Dinámicas de Presentación: Destinadas a crear un clima de confianza que motive la participación de los adultos mayores y posicione a los facilitadores como un participante más dentro del grupo y conocer a los participantes desde otra perspectiva. Para su uso apropiado se requiere conocer las características de los participantes y sus interacciones, las características comunicacionales individuales y colectivas. Entre ellas por ejemplo, se encuentran: Presentación por parejas, agrupación por características, la telaraña, presentación subjetiva, y el retrato (virtudes-defectos)
2. Dinámicas de Animación y Concentración: Buscan crear, mediante la participación, un ambiente de confianza y fraternidad en el grupo. Se utilizan para la integración grupal, posterior a momentos intensos o de cansancio y para refocalizar la atención en otra actividad. Como ejemplos de ellas están los juegos de la sillita musical, el amigo secreto, mar adentro-mar afuera, el alambre pelado, el cuento vivo, los números, la mesa pide, el correo, la doble rueda, se murió Chicho, esto me recuerda a
3. Dinámicas para Trabajar Contenido Temático: Pretenden motivar la capacidad de abstracción, síntesis y valoración objetiva y subjetiva de las situaciones, facilitando la reflexión y análisis grupal. Entre ellas están:
 - Dinámicas para el análisis general de temas como las técnicas grupales para abordaje general e inicial de diversos temas y orientar el diálogo grupal entre las que encontramos la lluvia de ideas, palabras claves, ejercicios de verdadero o falso, preguntas y respuestas acotadas, entre otras.
 - Dinámicas de abstracción a través de técnicas grupales que favorezcan la capacidad de abstracción, análisis y profundización de contenidos por parte del grupo. Como la cadena de asociaciones, la asociación de pares de palabras, la creación de afiches, análisis de relatos o supuestos imaginarios, etc.
 - Dinámicas de Comunicación: Técnicas grupales que pretenden posicionar la comunicación individual, familiar y colectiva. Pueden por ejemplo realizar el análisis de historias, de tareas grupales, y otros ejercicios con implementos como pasarse un mensaje y un testimonio, etc.
 - Dinámicas de Dramatización: que trabajan la expresión y/o lenguaje verbal, corporal gestual individual o grupal como el sociodrama, el juego de roles la pantomima, la imitación de figuras, etc.

Como ejemplo para trabajar estas dinámicas: “la pirámide” de acuerdo a la necesidad del tema y la sesión y el “tren al sur”, que permite ordenar por prioridad los contenidos que se requieran abordar. Según el grado de profundización se utilizan para introducir a una gran área o trabajar un tema en particular.

4. Dinámicas de Relajación- Concentración: Pretenden reducir los niveles de ansiedad y provocar un ambiente de mayor distensión y/o concentración. Entre éstas están aquellas dinámicas que incluyen relajación progresiva, imaginería, masaje dirigido, Programación neurolingüística, Mándalas y ejercicios como el chi kun, el tai-chi, yoga y meditación básica.
5. Dinámicas de Cierre y evaluación de la actividad: Buscan evaluar la actividad en cuanto a participación, finalidad, recursos y proyecciones .Se logran entre otros a través de un análisis retrospectivo de la actividad, resolución de problemas, juegos de preguntas y respuestas generadas entre grupos, revisión de pasos/proceso, Reflexión sobre aspectos positivos, negativos e interesantes, construcción de poemas, canciones, bailes, dibujos o murales colectivos, espacios catárticos libres o guiados dónde las personas identifican su percepción respecto a “como llegué-como me sentí durante el taller-como me voy” y otras actividades de completar oraciones o diagramas.
6. Dinámicas de Organización y Planificación: Pretende organizada y planificar el trabajo grupal para conseguir los objetivos y a la vez dar herramientas concretas de planificación y participación grupal.

Estas dinámicas deben involucrar la participación de las personas y la dupla observará durante su desarrollo los roles que adquieren los adultos mayores, buscando generar espacios cómodos para la expresión y respeto de las diversas opiniones.

ANEXO N° 5: PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO COMUNITARIO

Estimado Participante del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, la siguiente es una encuesta que para que usted identifique los posibles riesgos de caída que existen en su casa. Luego, se conversarán sus resultados con el grupo del taller y aprenderemos en el taller formas de prevenir caídas en las casas.

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?		
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?		
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?		
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?		
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?		
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?		
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?		
ESCALERAS	¿Tiene interruptor para encender la luz al principio y al final de las escaleras?		

	¿Tiene barandas o pasamanos a ambos lados de la escalera y a todo lo largo de la escalera?		
	¿Están las escaleras en buen estado?		
	¿Es fácil de subir su escalera?		
SILLAS	¿Usa usted una silla firme y fuerte para alcanzar muebles altos?		
	¿Están todas sus sillas en buen estado?		
COCINA	¿Coloca los utensilios más usados de la cocina, en los muebles a la altura de su cintura?		
	¿Se preocupa del encendido y apagado de la cocina?		
ZAPATOS	¿Sus zapatos tienen una suela firme y que no se resbala?		
	¿Utiliza zapatos cómodos y que no se salgan de los pies?		

ANEXO N° 6: FORMATO DE INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA (INFORME DE AVANCES Y FINAL)

Objetivo General del Informe:

- Dar cuenta del Proceso de Implementación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y el grado de desarrollo obtenido.

Objetivos Específicos:

- Informar del desarrollo de los componentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Programa de Estimulación Funcional y Fomento del Autocuidado en Organizaciones Sociales), sus estrategias y productos esperados, según el siguiente formato.

INFORME DE AVANCES Y FINAL DE IMPLEMENTACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
CÓDIGO	
COMUNA	
SERVICIO DE SALUD	
NOMBRE RESPONSABLE DEL INFORME	
CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO	
FECHA DE ENTREGA DEL INFORME	

2. PRESENTACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA A NIVEL LOCAL

Los informes de implementación (de Avances y Final) deben dar cuenta del grado de desarrollo del Programa, mediante el desarrollo de los puntos señalados a continuación. Además, incluir en los anexos un medio de verificación visual como mínimo (fotografías de las actividades), y un medio de verificación de los instrumentos utilizados en las actividades (listado de asistencia, instrumentos de apoyo utilizados en difusión y coordinación, etc.)

- | |
|---|
| <p>A. RESUMEN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN: Descripción y análisis del proceso, etapas desarrolladas, alianzas generadas, principales desafíos enfrentados y proyecciones. <i>(Extensión máxima dos páginas)</i></p> |
| <p>B. DIFUSIÓN EN EL EQUIPO DE SALUD: Actividades desarrolladas para la difusión y coordinación del Programa con el equipo del CES (N° de Actividades, tipo y participantes) y acciones conjuntas implementadas (flujogramas de derivación, actividades de difusión, participación del equipo en actividades del Programa) <i>(Extensión máxima una página)</i></p> |
| <p>C. DIFUSIÓN Y COORDINACIÓN DEL LA RED LOCAL DE SERVICIOS: Descripción de las actividades (N° de actividades, tipo de actividades, N° de participantes y servicios locales participantes) desarrolladas para la difusión y coordinación del Programa con la red local y acciones conjuntas implementadas (actividades de coordinación, difusión, derivación, pesquisa de adultos mayores, etc.) <i>(Extensión máxima una página)</i></p> |
| <p>D. DIFUSIÓN Y COORDINACIÓN CON LAS ORGANIZACIONES SOCIALES: Descripción de las actividades (N° de actividades, tipo de actividades, N° de participantes y nombre de organizaciones sociales participantes) desarrolladas para difundir el programa entre las organizaciones y de su participación en el proceso de implementación del programa (incorporación a Programa de Estimulación Funcional, actividades de difusión del programa entre sus socios, etc.) <i>(Extensión máxima una página)</i></p> |

3. INFORME DEL DESARROLLO OBTENIDO DEL COMPONENTE 1: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL

- | |
|---|
| <p>A. VÍAS DE CONTACTO Y ACCESO DE LOS ADULTOS MAYORES AL PROGRAMA: Descripción y análisis del funcionamiento de las actividades realizadas por la dupla profesional para informar a los adultos mayores, motivarlos y facilitar su acceso al programa. <i>(Extensión máxima una página)</i></p> |
| <p>B. RESUMEN DESARROLLO DE TALLERES: Descripción breve de temáticas abordadas de acuerdo a necesidades identificadas por los adultos mayores y actividades desarrolladas en los talleres, señalando especialmente aquellas prácticas innovadoras. <i>(Extensión máxima una página)</i></p> |
| <p>C. MOVILIZACIÓN Y USO DE RECURSOS DEL PROGRAMA Y RECURSOS COMUNITARIOS: Descripción breve de la gestión de recursos, aportes y construcción de materiales empleados en los talleres. <i>(Extensión máxima una página)</i></p> |

4. INFORME DEL DESARROLLO OBTENIDO DEL COMPONENTE 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN ORGANIZACIONES SOCIALES

ORGANIZACIONES SOCIALES LOCALES: N° y tipo de Organizaciones Sociales Comunes y del Sector del Centro de Salud.

CATASTRO Y MAPA DE RED LOCAL CON ORGANIZACIONES SOCIALES DE ADULTO MAYOR Y SERVICIOS RELACIONADOS.

1. Catastro de Organizaciones Sociales de Adulto Mayor (Descrito en Orientación Técnica)
2. Catastro de Servicios Locales relacionados con Adulto Mayor (Nombre de Oficina/Programa, Servicios entregados, Dirección y Teléfono de contacto)

MAPA DE RED LOCAL : Mapa en formato digital y/o físico (adjuntar fotografía) que señale la ubicación del Centro de Salud, de los Servicios Locales relacionados y las Organizaciones Sociales de Adulto Mayor y su participación en el programa (contactadas/no contactadas, participantes en Programa de Estimulación Funcional, participantes del Diagnóstico Participativo, cuenta con líderes comunitarios en Autocuidado de Salud del Adulto Mayor)

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO SOBRE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN ESTIMULACIÓN FUNCIONAL Y AUTOCUIDADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

1. Diagnóstico situacional de los Adultos Mayores en su localidad (Descrito en la Orientación Técnica)
2. Diagnóstico Participativo sobre Autocuidado y Estimulación Funcional de los Adultos Mayores (Objetivos, Metodología, Participantes, Resultados, Priorización de Necesidades /problemas).
3. Plan de Acción formulado con las organizaciones y/o sus representantes (Descrito en la Orientación Técnica)

CAPACITACIÓN DE LÍDERES COMUNITARIOS EN AUTOCUIDADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

1. **PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE LÍDERES COMUNITARIOS:** Objetivos, Participantes, Metodología, Resultados Esperados, Aspectos a considerar en el desarrollo del Programa, Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa.
2. **CAPACITACIÓN DE LÍDERES COMUNITARIOS:** Descripción de etapa de ejecución en que se encuentra el Programa de Capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado de salud del Adulto Mayor

ANEXO N° 7:

INSUMOS SUGERIDOS

Considera un aporte de recursos para el confort de las sesiones y/o actividades de cierre del Programa

SUGERENCIAS DE INSUMOS PARA EL PROGRAMA
Alimentos y líquidos saludables
Artículos para preparación y servicio de alimentos (hervidores, termos, bandejas, etc.)

ARTÍCULOS DE CAPACITACIÓN SUGERIDOS

Considera un aporte de recursos para desarrollo de las actividades de los talleres de Estimulación Funcional.

SUGERENCIAS DE ADQUISICIÓN PARA EL PROGRAMA	SUGERENCIAS DE GESTIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES, LA RED LOCAL Y CONSTRUCCIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES
Radio Portátil, con lector de CD , MP 3 y entrada USB	Artículos para estimulación de funciones motoras (Ejemplo: Música de su agrado para actividades, palos de escoba en desuso como bastones de ejercicio, botellas plásticas rellenas con material como mancuernas, etc.)
Artículos para Estimulación de Funciones Motoras (Pelotas para juegos, rolo de banda elástica, aros, conos, elementos para coordinación y destreza y motricidad fina, expresión corporal, etc.)	Artículos para estimulación de funciones cognitivas (Calendario, Recortes de Revistas y Diarios, Fotografías, Agendas Telefónicas, Juegos de Mesa, Juguetes y otros elementos de representación, etc.)
Artículos para Estimulación de Funciones Cognitivas del Adulto Mayor (Juegos de Memoria, de Asociación y Lógica, Fomento de la Comunicación, Lenguaje, etc.)	Artículos para Autocuidado y Estilos de Vida Saludable (Artículos de uso cotidiano en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, Recortes de Revistas)
Resmas de Papel para fabricación de material, trabajo de talleres y reforzamiento de aprendizajes	
Termolaminadora y Micas para termolaminar para fabricación de material contextualizado y durable	
Artículos de Oficina (Papel, Lápices, plumones, cartulinas, pegamento, tijeras, perforadora, corchetera, archivadores, carpetas, cuadernos o libreta de apuntes, etc.)	
Bolso del Programa para entregar a Adultos Mayores Capacitados como Líderes	

RESPONSABLES MINISTERIALES DEL DOCUMENTO

Pedro Yáñez Alvarado

Jefe División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Irma Vargas Palavicino

Jefa Departamento de Modelo de Atención Primaria
División de Atención Primaria

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

Margarita Barria Iroume, Departamento Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria.
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Nanet Gonzalez Olate, Departamento Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria.
Subsecretaría de Redes Asistenciales

COLABORADORES MINSAL

Soledad Bunger, Encargada Unidad de Rehabilitación, División de Gestión de Redes Asistenciales,
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Victor Díaz Aguilera, Asesor Técnico, Departamento Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/División
de Políticas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública

Patricio Herrera, Encargado del Programa Nacional del Adulto Mayor, Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE,
Subsecretaría de Salud Pública

Juan Ilabaca, Departamento modelo de atención primaria, División de atención primaria

Deiza Troncoso; Encargada Unidad Evaluación y Estudios, Depto. de Gestión de Recursos para el Modelo,
División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales

COLABORADORES Y ASESORES EXTERNOS EN ORDEN ALFABÉTICO

Prof. Patricio Acuña Barraza

Profesor de Educación General Básica
Magister en Gestión y Administración Educacional
Instructor en Tecnologías Informáticas para
Discapacitados Visuales

Klgo. Cristian Muñoz Zúñiga

Diplomado Salud Familiar. Diplomado en Gestión en
Instituciones de Salud.
Encargado de Rehabilitación.
Servicio de Salud Metropolitano Sur

Klga. Isabel Cornejo Polanco

Especialista en Geriatría y Gerontología.
Mg. Educación Motriz y Salud en el Adulto Mayor.
Liga Chilena Contra el Mal de Parkinson. Consultora
externa Depto. de Kinesiología Universidad de Chile.

Klgo. Rafael Pizarro Mena

Especialista en Kinesiología en Geriatría y
Gerontología. Máster en Gerontología Social. Mg. en
Gestión y Dirección de la Salud. Docente Universidad
San Sebastián.

Klga. Andrea Cortez Alborno

Especialista en Geriatría y Gerontología. Magister en
Integración de Personas con Discapacidad.
Encargada de Sala de Rehabilitación de base
comunitaria, CESFAM San Joaquín.

T.O. Isabel Sepulveda Carvajal

Diplomada en Técnicas de Evaluación
Neuropsicológicas.
Académica Escuela de Terapia Ocupacional.
Universidad Mayor

Klgo. Tomas M. Hernández Gonzalez

Especialista en Neurokinesiología.
Profesor Asistente Departamento Kinesiología.
Facultad De Medicina, Universidad De Chile.

Klga. Gloria Stephens Arriagada

Diplomada en Cuidados Respiratorios.
Jefa Departamento de Gestión de Redes.
Servicio de Salud Metropolitano Sur

Dra. Adriana López Ravest

Médico Internista Geriatra. MBA Gestión en Salud.
Jefe Servicio Medicina.
Hospital Clínico Fuerza Aérea.

T.O. Daniela Villalobos Bustamante

Diplomada en Rehabilitación Basada en la Comunidad.
Centro Comunitario de Rehabilitación.
Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda

T.O. Alison Morales San Martín

Diplomada en Rehabilitación Basada en la Comunidad.
Centro Comunitario de Rehabilitación.
Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda