INFORME TÉCNICO

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

(PAI)

HOGAR DE PASO MIS MEJORES AÑOS

SECRETARIA DE GESTIÓN SOCIAL PROYECTO CENTRO DE BIENESTAR

MES DE ABRIL

VIGENCIA 2024

FUNDACIÓN
HOGAR DE PASO
MIS MEJORES AÑOS
Cuidados Personalizados

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN 4
1.2. OBJETIVOS 5
1.2.1. Objetivo General 5
1.2.2. Objetivos Específicos 5
2. METODOLOGÍA 6
PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADO POR ADULTO MAYOR 6
2.2.1 COMPONENTE DE SALUD 7
2.2.2 COMPONENTE DE NUTRICIÓN 7
2.2.3 COMPONENTE DE PSICOLOGÍA 9
2.2.4 COMPONENTE DE SALUD FÍSICA 9
2.2.5 COMPONENTE DE TRABAJO SOCIAL 11
3. BENEFICIARIOS 13
4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN 14
4.1. Datos generales 14
4.2. Nivel de escolaridad 15
4.3. Régimen de salud 16
4.4. Sisben 16
4.5. Etnias 17
Condición de discapacidad 17
4.6. Red unidos 18
4.7. Condición de vulnerabilidad 18
4.8. Nivel de dependencia 19
4.9. Personas Mayores Valoradas 19
5. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN 21
5.1. Minuta patrón, ciclo de minutas 21
5.2. El diseño del ciclo de minutas 24
5.3. Características servicio alimentos: 26
6. PLAN DE TRABAJO 27

7. VALORACIONES INICIALES MULTIDISCIPLINARIA 32
7.1. COMPONENTE DE SALUD 32
7.1.1. MEDICINA 32
7.1.2. ENFERMERÍA 36
7.2. COMPONENTE DE NUTRICIÓN 37
7.2.1 Diagnóstico Nutricional Inicial 37
7.2.2 Resultados diagnósticos nutricionales 38
7.3. COMPONENTE PSICOLOGÍA 40
7.4. COMPONENTE DE SALUD FÍSICA 44
7.4.1. Fisioterapia 44
7.4.2. Aplicación de Índice de Barthel 44
7.4.3. Aplicación escala de Tinetti 46
7.5. COMPONENTE DE TRABAJO SOCIAL 49
8. ALISTAMIENTO 52
8.1. Hospedaje y suministro de recursos de autocuidado y aseo personal: 52
8.2. Alimentación: 53
8.3. Recursos Humanos 54
9. ANEXO FOTOGRÁFICO 55

1. INTRODUCCIÓN

Siguiendo las directrices de la Constitución y la Ley, el Distrito de Barranquilla ha estado impulsando políticas locales destinadas a asegurar la protección y el cuidado de las personas mayores. En línea con los planes de desarrollo propuestos por las últimas administraciones, los cuales establecen directrices y estrategias para abordar y satisfacer las necesidades de las personas mayores en Barranquilla, se propone la implementación de un modelo de atención integral y protección para esta población en situación de vulnerabilidad dentro de la comunidad.

Este modelo tiene como objetivo promover la garantía de los derechos de las personas mayores, fomentar su inclusión social, mejorar su bienestar individual y facilitar la recuperación de su salud física y mental. Asimismo, se contempla la provisión de un programa de seguridad alimentaria para cubrir sus necesidades nutricionales básicas.

Por ende, la atención adecuada a las personas mayores implica un proceso que capacita a individuos y comunidades para tener un mayor control sobre los factores que influyen en la salud. Tales: Como la alimentación, el entorno, los estilos de vida, la biología humana y el sistema de salud. Esto requiere acciones coordinadas entre los diferentes entornos que impactan en la vida de este grupo social, destacando el papel crucial que desempeñan este tipo de centros para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad.

De esta manera, la promoción de hábitos saludables relacionados con estos factores de salud contribuye al mantenimiento de un estado general de salud óptimo para los beneficiarios del programa. Además de reducir los riesgos ambientales, fomenta el autocuidado, promoviendo así la autonomía y la integración en la comunidad y, por ende, mejorando la calidad de vida.

La prolongación de la esperanza de vida no puede considerarse un éxito completo si no va acompañada de un bienestar adecuado para las personas

mayores. Para proporcionar condiciones de vida favorables a esta población, es fundamental comprender su mundo, acercarse a ellos, comprender sus problemas, sentimientos, preocupaciones, valores, creencias, estilos de vida, hábitos y actitudes.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Diseñar y ejecutar el plan de atención integral para la atención de las personas mayores beneficiarias del Centro de Bienestar Fundación Hogar Mis Mejores Años de la ciudad de Barranquilla durante la vigencia 2024.

1.2.2. Objetivos Específicos

- ✓ Consolidar y presentar la caracterización sociodemográfica concluyendo un análisis detallado de la información recopilada de los beneficiarios del centro de bienestar, con el propósito de identificar las características distintivas del grupo beneficiario.
- ✓ Aplicar valoraciones integrales y multidisciplinarias al 100% de la población atendida, abarcando aspectos médicos, psicológicos, nutricionales, sociales y funcionales, con el fin de identificar las necesidades específicas de cada persona mayor y establecer un punto de partida para el diseño del plan de atención integral.
- ✓ Diseñar un plan de trabajo basado en los resultados de las valoraciones iniciales y las necesidades identificadas por los diferentes componentes. Dicho cronograma incluye actividades variadas y adaptadas a las capacidades y preferencias de los beneficiarios, con el objetivo de mejorar su bienestar físico, emocional y social, direccionadas al cumplimento de las metas y los indicadores establecidos.

2. METODOLOGÍA

El Programa de Atención Integral (P.A.I) se define como estrategia y plan de acción conjunto el cuál haciendo uso de recursos técnicos y de salud disponibles busca satisfacer las necesidades de la población de personas mayores atendidas por la Fundación Hogar de Paso Mis Mejores Años (F.H.P.M.M.A).

El proceso de diseño inicia con el alistamiento y disposición inicial de los recursos necesarios para garantizar la ejecución. Posteriormente, la caracterización, evaluación y valoración del estado de salud general de la población aplicando el modelo de atención centrado en la persona mayor, adaptando los diferentes métodos y escalas evaluativas teniendo en cuenta sus necesidades médicas, funcionales, sociales y psicológicas.

A partir de estos hallazgos, se definen objetivos específicos para cada componente de atención basados en los siguientes pilares fundamentales : Coordinación de la atención interdisciplinaria enfoque preventivo, adaptabilidad de las estrategias a las condiciones o patologías de carácter crónico garantizando un enfoque inclusivo, accesibilidad y adaptabilidad procurando abordajes de atención en salud adaptables y culturalmente sensibles para las personas mayores, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, cognitivas, preferencias y condiciones sensoriales. Las cuales se lograrán mediante la planificación y ejecución de estrategias durante un período de tiempo definido. Estas actividades están diseñadas para cumplir con metas establecidas en función de indicadores de cobertura establecidos para toda la población de personas mayores residentes en el Centro de Bienestar.

PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADO POR ADULTO MAYOR

A continuación, se describen los criterios metodológicos y el marco general sobre el cual cada componente basa el plan de atención individualizado. Los cuales se encuentran documentados en archivo digital para cada beneficiario.

2.2.1 COMPONENTE DE SALUD

El plan de atención personalizado por cada una de las personas mayores intervenidas tiene como pilar el resultado de las valoraciones médicas ejecutadas por medio de las cuales se establecen diagnóstico médicos para los cuales se establece:

Objetivo general:

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la implementación de estrategias, cuidados oportunos y enfoques terapéuticos. Además, se busca determinar los diagnósticos médicos basados en la valoración inicial, considerando la aparición de nuevas patologías o preexistencias.

Objetivos específicos:

- Tratar cada patología o condición identificada dependiendo del carácter agudo o crónico, el tipo de compromiso sistémico y la severidad de la patología que se identifique en las personas mayores.
- Realizar acciones de promoción y prevención en la salud que ayuden a prevenir la enfermedad y mantener sanas a las personas mayores.

2.2.2 COMPONENTE DE NUTRICIÓN

Realizados los **tamizajes iniciales** a las personas mayores, se formula un diagnóstico nutricional inicial, identificando a las personas con malnutrición o en riesgo de estarlo, efectuando las intervenciones individuales iniciales según los resultados y teniendo en cuenta las patologías existentes.

Objetivo general:

Brindar un enfoque individualizado para la alimentación y patologías presentes en las personas mayores, teniendo en cuenta sus necesidades básicas y los factores individuales (necesidades energéticas, hábitos alimentarios, condiciones médicas) con el fin de mejorar su nutrición y calidad de vida.

Objetivos específicos:

- Proporcionar información de manera específica a las personas mayores sobre su estado nutricional, integrándolos a su propio cuidado e influyendo en sus actitudes positivas hacia los alimentos.
- Ofrecer educación en hábitos de alimentación saludables y las herramientas necesarias para cumplir con los planes nutricionales y dietéticas instalados en beneficio de su nutrición y salud.
- Realizar seguimiento periódico a las personas mayores, para garantizar que los planes de intervención sean efectivos, realizándose las evaluaciones y ajustes a los objetivos propuestos, según las evoluciones obtenidas, que permitan la recuperación nutricional.

Modalidades de intervención: Las intervenciones serán individuales y grupales, según los diagnósticos nutricionales encontrados se elabora un plan nutricional y dietético que se adapte a las necesidades de la persona mayor con afectación del estado nutricional, y se establecen los objetivos individuales que incluyan las recomendaciones de alimentos a consumir o controlar y sus cantidades (caso diabetes, obesidad), para ayudar a alcanzar un peso saludable de forma gradual, además si se requieren suplementos para la recuperación, así mismo, se efectúa la revisión de la ingesta en el comedor, y se realizan los seguimientos antropométricos y en salud. Los objetivos pueden variar según los nuevos diagnósticos encontrados.

Así por ejemplo es necesario que a las personas mayores valoradas con sobrepeso y obesidad, se les realice restricción calórica, mediante el control de grasas saturadas y azúcares simples, que permitan la pérdida de peso. En personas mayores con bajo peso, se suministran batidos naturales y/o complemento nutricional (enviados por la EPS) para el incremento calórico, proteico (si la función renal es normal). Además, se realiza tratamiento nutricional y dietético en aquellas personas con patologías presentes, para alcanzar objetivos individualizados, en controles de glicemia, lípidos, presión arterial.

2.2.3 COMPONENTE DE PSICOLOGÍA

El componente de psicología tiene como **objetivo general** fortalecer el bienestar mental de las personas mayores, promocionando un envejecimiento activo y saludable, a través del fortalecimiento de los procesos cognitivos y acompañamientos psicológicos. Para el cumplimiento lo mencionado, se desarrollan las **valoraciones iniciales,** en la cual la persona mayor aplica un test Minimental para conocer el deterioro cognitivo, seguidamente una escala Yesavage para conocer su estado emocional y las tendencias depresivas, para finalmente realizar una entrevista con el profesional y profundizar en rasgos o alteraciones que arrojen como resultados de las pruebas anteriormente mencionadas.

Para lograr las metas del componente se han propuestos unos **objetivos específicos** como lo son:

- Fortalecer las relaciones interpersonales para mejorar la convivencia mediante actividades que fomenten la buena convivencia y los acompañamientos psicosociales
- Socializar la importancia de la vejez activa para la promoción de la salud mental mediante actividades lúdico - pedagógicas
- Mitigar y mantener los niveles de deterioro cognitivo para el bienestar mental mediante ejercicios mentales.

Respecto a la **promoción de la salud y prevención de enfermedades,** se realizarán de manera grupal, talleres en un espacio en la cual el profesional de psicología y las personas mayores, se les socializa de manera dinámica e inclusiva en aras de mitigar y prevenir enfermedades mentales e impactar de manera positiva para la prevención de la salud mental de este grupo etario.

2.2.4 COMPONENTE DE SALUD FÍSICA

El plan de atención personalizado por cada una de las personas mayores intervenidas parte de los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación inicial según la escala de Tinetti, la aplicación del índice de Barthel y la atención

individualizada inicial. Teniendo en cuenta los resultados generales descritos anteriormente se conforma el esquema de plan de atención personalizado según la siguiente estructura:

Objetivo general: Realizar un seguimiento sistemático del estado físico y general del sistema musculoesquelético en las personas mayores, desarrollando estrategias generales dirigidas al mantenimiento o rehabilitación de la marcha y la prevención de caídas. Implementar medidas específicas de prevención e intervención adaptadas a las necesidades individuales de cada caso con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los beneficiarios.

Valoración Inicial individual: Se detalla el estado general del sistema musculoesquelético junto con las alteraciones específicas identificadas, así como las manifestaciones físicas o síntomas reportados por la persona mayor durante la evaluación.

Objetivos específicos: Estos objetivos surgen a partir de la observación realizada durante la evaluación inicial individual y están vinculados con las metas o cambios esperados en las condiciones o problemas identificados en las personas mayores evaluadas. Dichos objetivos pueden variar según la evolución de las condiciones tratadas o la aparición de nuevos problemas de salud. Ejemplos de algunos de estos objetivos podrían ser:

- Incrementar la fuerza muscular en miembros superiores e inferiores.
- Mitigar la implantación de patrones de movilidad alterados secundarios a lesiones neurológicas y patologías de base vinculadas al sistema nervioso.
- Mejorar el flujo sanguíneo venoso en miembros inferiores.
- Proporcionar educación sobre higiene postural durante la realización de tareas manuales y actividades básicas de la vida diaria.
- **Modalidades terapéuticas**: Estas intervenciones podrán ser llevadas a cabo de manera grupal durante las actividades del componente de salud física, o de forma individual durante las atenciones personalizadas. Dichas atenciones individuales se realizarán mensualmente según una programación previa, o en

caso de presentarse alguna manifestación relacionada con el sistema musculoesquelético. Los detalles de estas intervenciones serán registrados por el fisioterapeuta en el formato de seguimiento y atención individualizada, que estará archivado en medio digital.

2.2.5 COMPONENTE DE TRABAJO SOCIAL

El plan de atención personalizado parte de los resultados obtenidos de la aplicación de los procesos de entrevistas iniciales y la observación directa de las interacciones y dinámicas sociales al interior del núcleo del centro de bienestar en el día a día de la persona mayor. Teniendo en cuenta los resultados generales descritos en apartes anteriores se conforma el esquema de plan de atención personalizado según la siguiente estructura:

Objetivo general:

- Obtener información de forma verbal y personalizada sobre acontecimientos, experiencias, opiniones con el fin de identificar a cada individuo según sus interacciones, sus limitaciones, actitudes y características construyendo así llegar un diagnóstico de su situación actual.

Valoración Inicial individual: Durante la entrevista y acompañamiento de ingreso al centro de bienestar se identifican las características particulares de las interacciones sociales de la persona mayor y todas aquellas variables que inciden directamente tanto en su relación con el medio, como las relacionadas al ser que le afectan como individuo desde el ámbito social, en la entrevista individual en trabajo social los beneficiarios participan, dos o tres personas que consiste en el entrevistador y los entrevistados.

Para la entrevista se utilizó el instrumento cuaderno de notas, el cual permite conocer la personalidad del individuo y su entorno social, recolección de datos y documentos que establecen datos e información del entrevistado.

Objetivos específicos:

Estos se plantean como resultado de lo observado en la valoración inicial individual y se relacionan con las metas o cambios esperados en las condiciones, conductas o características identificadas en las personas mayores valoradas. Los objetivos pueden variar de acuerdo con la dinámica de las condiciones intervenidas o la eventual aparición de nuevas.

- Potenciar las capacidades sociales de la persona mayor y del grupo como núcleo permanente, propiciando ambientes de mediación y aceptación de las diferencias desde intervenciones sistémica individuales o colectiva, abordando las problemáticas sociales que pueden incidir en el proceso de salud-enfermedad de las personas mayores residentes en el centro de bienestar.
- Actualizar y dinamizar las acciones de tipo documental particulares a cada caso procurando dar resolución a las necesidades identificadas y mantener al día la información en las diferentes bases de datos institucionales.

Modalidades de intervención: En trabajo social existen modelos de intervención para solucionar problemas que enfrentan los individuos en su entorno social y familiar. Para ello busca intervenir socialmente en las personas o grupos para potenciar sus habilidades, fomentar su capacidad de afrontar y solucionar problemas, afianzar su bienestar y desarrollarse. el modelo principalmente para apoyar al individuo en sus relaciones diarias es el modelo centrado en la tarea que propone desarrollar y realizar tareas que estén involucradas en resolver el problema planteado por los propios usuarios. Además, de un conjunto de estrategias, actividades y gestiones que se adelantarán junto a las personas mayores y/o el medio para lograr los resultados planteados en los objetivos específicos y el objetivo general propuesto.

Estas intervenciones podrán ser aplicadas en forma grupal durante las diferentes actividades del componente de trabajo social o en forma individual durante los acompañamientos.

3. BENEFICIARIOS

La institución cuenta con un total de ***15 personas mayores*** atendidas , vinculados al Programa Adulto Mayor de La Alcaldía de Barranquilla, en condiciones de vulnerabilidad, con el fin de satisfacer sus necesidades básicas y contribuir a su mantenimiento y desarrollo personal, realizando una atención integral, brindando un hogar sustituto con ambiente tranquilo y familiar donde puedan gozar de una alimentación adecuada y balanceada, gestionando oportunamente servicios de salud integral de acuerdo con las necesidades identificadas en cada uno.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Actualmente se registra información de carácter sociodemográfico empleada para el establecimiento de la caracterización de los beneficiarios según las variables descritas a continuación:

4.1. Datos generales

Rango de Edades	Masculino	Femenino
Menor a 60 años	0	0
60 a 65	0	0
66 a 70	0	1
71 a 75	4	0
76 a 80	2	2
81 a 85	5	0
86 o Más	0	1
Total	**11**	**4**

Tabla No 1. Rango de Edad por Sexo/Género

En cuanto a la distribución de los beneficiarios según edades y sexo se observa que en las categorías de edad en las que se registra el mayor número de beneficiarios es en los rangos de 71 a 85 años, es decir, el 86.6% de la población y el 13.4% restante se ubica en los rangos de edades de 66 a 70 años y más de 86 años. En cuanto a distribución por sexo el 73.3% del total de beneficiarios corresponde a hombres, representando su mayoría y el 26.7% mujeres.

4.2. Nivel de escolaridad

Nivel de Escolaridad	Hombres	Mujeres	Total
Ninguna	2	3	5
Pre Escolar	1	0	1
Primaria	6	1	7
Secundaria	0	0	0
Bachillerato	0	0	0
Técnico	0	0	0
Universitario	1	0	1
Postgrado	1	0	1
Total	**11**	**4**	**15**

Tabla No 2. Nivel de escolaridad

El 46% del total de beneficiarios presenta un nivel de escolaridad primaria, el 33 % ninguno y el 7% distribuidos en nivel de escolaridad preescolar, universitario y superior respectivamente. Según distribución por sexo tenemos que de los beneficiarios de sexo masculino el 55% tienen formación primaria, el 18% ninguna formación y el 9% presentan formación prescolar, universitaria y superior respectivamente. Mientras que, en el caso de sexo femenino el 75% no presenta ninguna formación y solo el 25% del total de la población femenina representado en una mujer registra formación primaria.

4.3. Régimen de salud

Régimen de Salud	*Hombres*	*Mujeres*
Contributivo/Cotizante	0	0
Contributivo/Beneficiario	0	0
Subsidiado	11	4
No registra	0	0
Total	**11**	**4**

Tabla No. 3 Régimen de salud

Según la tabla, se evidencia que el 100% de las personas mayores beneficiarios pertenecen al régimen subsidiado.

4.4. Sisben

Sisbén	*Hombres*	*Mujeres*	*TOTAL*
Si	*4*	*1*	***5***
No	*7*	*3*	***10***

Tabla No. 4 Personas Mayores Sisbenizadas

Se evidencia que el 33.3% de la población se encuentra sisbenizado mientras que el 66.7% no cuentan con inscripción al Sisben IV

4.5. Etnias

Clasificación de Etnias	*Hombres*	*Mujeres*
Campesino	1	0
Afrodescendiente	0	0
Palenque	0	0
Indígena	0	0
Raizal	0	0
Ninguna	10	4
Total	**11**	**4**

Tabla No 5. Grupo Étnico

Dentro de la población de personas mayores beneficiarios el 6.6% de la población total es campesino, representado en 1 hombre.

Condición de discapacidad

En condición de discapacidad	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*
Física	1	0	1
Psicosocial	0	0	0
Sensorial	0	1	1
Cognitiva	1	1	2
Múltiple	4	0	4

Total	**6**	**2**	**8**

Tabla No 6. Personas mayores en condición de discapacidad

En la tabla anterior, se observa que el 53.3% del total de la población de personas mayores presenta algún tipo de discapacidad. Siendo la distribución porcentual de este grupo el 50% para discapacidad múltiple, el 25% para discapacidad cognitiva y 12.5% para sensorial y física respectivamente.

4.6. Red unidos

Red Unidos	*Hombre*	*Mujer*	*TOTAL*
Si	0	0	**0**
No	11	4	**15**

Tabla No 7. Red Unidos

Dentro de la población de adultos mayores beneficiarios, ninguno pertenece a Red Unidos.

4.7. Condición de vulnerabilidad

Condición de vulnerabilidad	*Hombre*	*Mujer*	*Total*
Cabeza de Hogar	0	3	**3**
Víctima de violencia de género	0	0	**0**

Desplazado	2	0	**2**
Inmigrante	0	0	**0**
Retornados de Venezuela	0	0	**0**
Total	**2**	**3**	**5**

Tabla No.8 Personas mayores en condición de vulnerabilidad

Según la tabla anterior, se observa que 33.3% de la población de personas mayores beneficiarias presenta condición de vulnerabilidad; representada en 5 personas mayores de las cuales el 60% corresponden a 3 mujeres cabezas de hogar y el 40% corresponde a 2 hombres en condición de desplazados.

4.8. Nivel de dependencia

Clasificación de nivel de dependencia	*Hombre*	*Mujer*	*Total*
Funcional	2	2	**4**
Semidependiente	5	2	**7**
Dependiente	4	0	**4**
Total	**11**	**4**	**15**

Tabla 9.Nivel de dependencia

4.9. Personas Mayores Valoradas

Adultos Mayores Valorados	*Hombre*	*Mujer*	*TOTAL*

Si	11	4	**15**
No	0	0	**0**

Tabla No. 10 Personas Mayores Valoradas

El *100% de la población de personas mayores beneficiarios han sido valoradas por los diferentes componentes interdisciplinarios.*

5. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

5.1. Minuta patrón, ciclo de minutas

La planeación del ciclo de minutas se diseñó de acuerdo con las necesidades de las personas mayores, teniendo en cuenta la minuta patrón instaurada a partir de las recomendaciones de ingesta diaria y necesidades nutricionales establecidas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

FUNDACIÓN
HOGAR DE PASO
MIS MEJORES AÑOS
Cuidados Personalizados

FUNDACIÓN HOGAR DE PASO MIS MEJORES AÑOS
Nit. 901.313.012
CUIDADOS PERSONALIZADOS

Minuta patrón Centro de Bienestar 2024

TIEMPO DE COMIDA: DESAYUNO				
GRUPO ALIMENTO	**FRECUENCIA**	**CANTIDAD DIARIA EN GRAMOS O CMS CUBICOS**		**UNIDAD CASERA**
		PESO BRUTO	**PESO SERVIDO**	
LACTEOS:				
LECHE PASTEURIZADA	DIARIA	250CC	250CC	3 CUCHARONES DE SERVIR
LECHE EN POLVO		30GR	30GR	1 CUCHARADA SOPERA
CARNES, HUEVOS QUESOS				
QUESO CAMPESINO	DIARIA	60GR	60GR	2 ONZAS
HUEVO		60GR	60GR	1 UNIDAD
FRUTA;				
ENTERA	DIARIA	100-150GR	70-150GR	1 PORCIONADOR BLANCO
JUGO		50-100GR	50GR	1 VASO PEQUEÑO
DERIVADO DE CEREAL:				
PAN	DIARIA	150GR	150GR	3 UNIDADES MEDIANAS
AREPA – BOLLO		150GR	150GR	2 UNIDADES MEDIANAS
TOSTADA		150GR	150GR	6 UNIDADES
AVENA, TRIGO, MAIZ		30 GR	250CC	1 CUCHARADA SOPERA
RAICES Y TUBERCULOS:				
PAPA	3-4 VECES POR SEMANA	100-150GR	100 GR	2 UNIDADES MEDIANAS
YUCA		100-150GR	100 GR	2 ASTILLAS MEDIANAS
PLATANO		100-150GR	100 GR	½ UNIDAD MEDIANA
ÑAME		100-150GR	100 GR	1 PORCION MEDIANA
GRASAS:				
ACEITE VEGETAL O MANTEQUILLA	DIARIA	5CC	5CC	1 CUCHARADITA POSTRE
AZUCARES:				
PANELA	DIARIA	5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE
CHOCOLATE		5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE
AZUCAR		5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE
TIEMPO DE COMIDA: MEDIA MAÑANA				
GRUPO ALIMENTO	**FRECUENCIA**	**CANTIDAD DIARIA EN GRAMOS O CMS CUBICOS**		**UNIDAD CASERA**
		PESO BRUTO	**PESO SERVIDO**	
LACTEOS:				
LECHE PASTEURIZADA	4-5 VECES SEMANA	250CC	250CC	3 CUCHARONES DE SERVIR
LECHE EN POLVO		30 GR	250CC	1 CUCHARA SOPERA
DERIVADO DE CEREAL:				
PAN	DIARIO	60GR	60GR	3 TAJADAS O 2 UNIDADES MEDIANA o 3 PEQUEÑOS
AREPA – ENVUELTO		60GR	60GR	1 UNIDAD MEDIANA o 2 PEQUEÑAS
TOSTADA-GALLETAS		60GR	60GR	3 UNIDADES(SODAS) O 1 UNIDAD MEDIANA
AVENA, TRIGO, MAIZ	3 VECES POR SEMANA	30 GR	3OG	1 CUCHARADA SOPERA
CARNES, HUEVOS QUESOS				
QUESO CAMPESINO	1 VEZ POR SEMANA (OPCIONAL)	60 GR	60 GR	2 ONZAS
HUEVO	- VECES POR SEMANA (OPCIONAL	60 GR	60 GR	1 UNIDAD
FRUTA;				
ENTERA	DIARIA	100-150GR	70-100GR	1 PORCIONADOR BLANCO
JUGO		50-100GR	50GR	1 VASO PEQUEÑO
AZUCARES:				
PANELA	DIARIO	5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE
AZUCAR		5GR	5 GR	1 CUCHARADITA POSTRE
TIEMPO DE COMIDA: ALMUERZO				
GRUPO ALIMENTO	**FRECUENCIA**	**CANTIDAD DIARIA EN GRAMOS O CMS CUBICOS**		**UNIDAD CASERA**
		PESO BRUTO	**PESO SERVIDO**	
SOPAS O CREMAS;			250 CC	3 CUCHARONES DE SERVIR
VERDURAS	DIARIO	50 GR	50GR	
CEREAL:		10GR	10GR	
RAICES, PLATANOS, TUBERCULOS		80-50GR	80-50 GR	
LEGUMINOSAS	2 VECES POR SEMANA	5GR	5GR	
CARNE, HUEVOS , LEGUMINOSAS				
CARNE ROJA	2-3 VECES POR SEMANA	100-120 GR	90GR	1 PORCION MEDIANA
CARNE BLANCA	2-3 VECES POR SEMANA	100-120 GR	90GR	1 PORCION MEDIANA
HUEVO	1 VEZ POR SEMANA	60GR	60GR	1 UNIDAD
LEGUMINOSAS	2 VECES POR SEMANA	30 GR	30GR	1 PORCIONADOR BLANCO MEDIANO
CEREAL:				
ARROZ	6 VECES ´SEMANA	80GR	150GR	1 MEDIDOR BLANCO
PASTA	1 VEZ POR SEMANA	80GR	150GR	1 MEDIDOR BLANCO COLMADO
TUBERCULO, PLATANO, DERIVADO CEREASL				
PAPA, PLATANO, ÑAME, YUCA,ETC	5 VECES SEMANA	50 GR	50GR	1 UNIDAD O 1 PORCION PEQUEÑA O 2 TAJADAS
AREPA-ENVUELTO	2 VECES POR SEMANA	50 GR	50GR	1 UNIDAD PEQUEÑA
VERDURAS Y HORTALIZAS:				
VERDURAS	DIARIO	30-50 GR	30 GR	2 CUCHARADAS SOPERAS O ½ PORCIONADOR BLANCO MEDIANO
FRUTA:				
ENTERA	DIARIA	100-150GR	70.-100GR	1 MEDIDOR BLANCO
EN JUGO		50-100GR	50GR	1 VASO PEQUEÑO
GRASAS;				
ACEITE VEGETAL	DIARIA	5CC	5CC	1 CUCHARADITA POSTRE
MARGARINA		5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE
AZUCARES:				
PANELA	DIARIA	5 GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE
AZUCAR		5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE

TIEMPO DE COMIDA: M EDIA TARDE				
GRUPO ALIMENTO	**FRECUENCIA**	**CANTIDAD DIARIA EN GRAMOS O CMS CUBICOS**		**UNIDAD CASERA**
		PESO BRUTO	**PESO SERVIDO**	
LACTEOS:				
LECHE PASTEURIZADA	DIARIA	250 CC	250 CC	3 CUCHARONES DE SERVIR
LECHE EN POLVO		30 GR	30 GR	1 CUCHARADA SOPERA
YOGURT /KUMIS		250 CC	250CC	1 UNIDAD O VASO MEDIANO
QUESO CAMPESINO		60 GR	60 GR	2 ONZAS
DERIVADO DE CEREAL:				
PAN		60 GR	60 GR	3 TAJADAS, 1 UNIDAD MEDIANA
AREPA – ENVUELTO		60 GR	60 GR	1 UNIDAD MEDIANA
TOSTADA-GALLETAS	DIARIA	60 GR	60 GR	3 UNIDADES, 1 UNIDAD MEDIANAS
FRUTA:				
ENTERA	DIARIA	100-150GR	70-100GR	1 PORCIONADOR MEDIANO
TIEMPO DE COMIDA: CENA				
GRUPO ALIMENTO	**FRECUENCIA**	**CANTIDAD DIARIA EN GRAMOS O CMS CUBICOS**		**UNIDAD CASERA**
		PESO BRUTO	**PESO SERVIDO**	
CARNE, HUEVOS , LEGUMINOSAS				
CARNE ROJA	3 VECES POR SEMANA	100-120 GR	90 GR	1 PORCION MEDIANA
CARNE BLANCA	3 VECES POR SEMANA	100-120 GR	90 GR	1 PORCION MEDIANA
HUEVO	1 VEZ POR SEMANA	60GR	60GR	1 UNIDAD
CEREAL:				
ARROZ	3 VECES POR SEMANA	80GR	150GR	1 PORCIONADOR BLANCO
PASTA	1 VEZ POR SEMANA	80GR	150GR	1 PORCIONADOR BLANCO COLMADO
TUBERCULO, PLATANO, DERIVADO CEREASL				
PAPA, PLATANO, ÑAME, YUCA,ETC	2 VECES POR SEMANA	120GR	100GR	2 UNIDADES MEDIANAS O ½ PORCION O 1 ASTILLA MEDIANA
AREPA-ENVUELTO	2 VECES POR SEMANA	50GR	80GR	1 UNIDAD MEDIANA
VERDURAS Y HORTALIZAS:				
VERDURAS	DIARIA	30-50 GR	30GR	2 CUCHARADAS SOPERAS O MEDIO PORCIONADOR BLANCO MEDIANO
FRUTA:				
ENTERA		100-50GR	70-100GR	1 PORCIONADOR BLANCO
EN JUGO	DIARIO	50-100GR	50GR	1 VASO PEQUEÑO
GRASAS;				
ACEITE VEGETAL		5CC	5CC	1 CUCHARADITA POSTRE
MARGARINA	DIARIO	5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE
AZUCARES:				
PANELA		5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE
AZUCAR	DIARIO	5GR	5GR	1 CUCHARADITA POSTRE

Tabla No 11. Muestra de minuta patrón

Se realizarán los ajustes necesarios según estandarizaciones a realizar, a partir de la minuta patrón establecida para la población mayor, teniendo en cuenta el aporte calórico y de nutrientes necesarios para esta etapa en el análisis nutricional de cada menú, garantizando la trazabilidad del cumplimiento de los requerimientos necesarios de energía, nutrientes,

En esta minuta se tuvieron en cuenta los hábitos y costumbres alimentarias, costos de los productos, gustos o preferencias, tiempos de cosechas o disponibilidad de alimentos en la región y la no utilización aditivos de conservación (sorbatos, benzoatos, nitritos o productos que los contengan como los ablandadores de carnes), ni colorantes, ni saborizantes artificiales, así mismo la reducción del uso y consumo de sodio según condiciones patológicas de cada persona mayor.

En la siguiente tabla se relaciona la distribución de macronutrientes de la alimentación diaria en el centro de bienestar:

DISTRIBUCIÓN MACRONUTRIENTES- ALIMENTACIÓN DIARIA CDB			
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MACRONUTRIENTES			
MACRONUTRIENTE	**GRAMOS**	**KILOCALORÍAS**	**%**
Proteína	90	360	18
Grasas	70	630	31.5
Carbohidratos	252.5	1010	50.5%
TOTALES		**2000 KCAL**	**100%**

Tabla No. 12 Distribución de Nutrientes

5.2. El diseño del ciclo de minutas

La elaboración del ciclo de minutas se estableció de acuerdo con las necesidades de calorías y nutrientes de las personas mayores, y las características de población atendida; en la cual existe predominio de residentes con algún tipo de enfermedad que afectan las facultades superiores (conciencia, voluntad e inteligencia, entre otras) y que suelen ser progresivas como la esquizofrenia, demencia senil, depresiones, etc. Además de otras condiciones médicas como las dislipidemias, diabetes, sobrepeso, obesidad y ECV (Enfermedades cerebrovasculares) y sus secuelas.

. En su diseño en el centro de bienestar, se proveyó una alimentación con control de sodio, grasa saturada y azúcares simples y se utilizaran condimentos naturales.

	FUNDACIÓN HOGAR DE PASO MIS MEJORES AÑOS Nit. 901.313.012 CUIDADOS PERSONALIZADOS					
Ciclo 1 menu 1 al 7	***CICLO DE MINUTAS***					
MENU No.1	**MENU No.2**	**MENU No.3**	**MENU No.4**	**MENU No.5**	**MENU No.6**	**MENU No.7**
DESAYUNO	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**
CAFÉ CON LECHE	CAFÉ CON LECHE	CAFE CON LECHE	CHOCOLATE CON LECHE	CAFÉ CON LECHE	CAFE CON LECHE	CHOCOLATE CON LECHE
YUCA COCIDA	BOLLO BLANCO CON MANTEQUILLA	PAN LARGUITO CON MANTEQUILLA	GUINEO VERDE CON VERDURAS	PAPA CHORREADA	PAN TAJADO	AREPA ASADA
HUEVO PERICO	QUESO	QUESO	HUEVO REVUELTO	QUESO	TORTA HUEVO CON VERDURAS	QUESO RALLADO
FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA	FRUTA	*FRUTA*
MERIENDA MAÑANA	**MERIENDA MAÑANA**	**MERIENDA MAÑANA**	**MERIENDA MAÑANA**	**MERIENDA MAÑANA**	**MERIENDA MAÑANA**	**MERIENDA MAÑANA**
COLADA DE NUTRICIA, FRUTA	JUGO DE FRUTA CON LECHE GALLETAS	BATIDO DE AVENA CON LECHE FRUTA	JUGO DE FRUTAS PAN DULCE	JUGO DE FRUTA CREPES	JUGO DE FRUTA , TORTICA MAIZ	CASPIROLETA, TOSTADA FRUTA
ALMUERZO	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**
CREMA DE VERDURAS (ZANAHORIA)	CREMA DE VERDURAS CON GRANOS	CREMA DE VERDURAS (AHUYAMA)	SOPAS DE HUEVO CON GRANOS Y VERDURAS	CREMA DE VERDURAS MIXTA	CREMA DE VERDURAS (AHUYAMA Y ZANAHORIA)	CREMA DE VERDURAS (TOMATE)
GRANOS GUISADOS	CARNE EN SALSA AGRIDULCE	GRANOS GUISADOS	ARROZ FIDEO	CERDO AGRIDULCE	CARNE EN GOULACH CON PAPA	PESCADO GUISADO
ARROZ AMARILLO	ARROZ CON CEBOLLA	ARROZ CON AJO	AGUACATE	ARROZ VERDE	PASTAS GUISADAS	ARROZ AHUYAMA
PAPA CON ZANAHORIA GUISADOS	ENSALADA MIXTA	ENSALADA LECHUGA CON PAPA	AGUA PANELA CON LIMON	ENSALADA MIXTA	ENSALADA MIXTA	JUGO DE FRUTA
AGUA PANELA CON LIMON	JUGO DE FRUTAS	JUGO DE FRUTA		JUGO DE FRUTAS	JUGO DE FRUTA	
MERIENDA TARDE	**MERIENDA TARDE**	**MERIENDA TARDE**	**MERIENDA TARDE**	**MERIENDA TARDE**	**MERIENDA TARDE**	**MERIENDA TARDE**
JUGO DE FRUTA CON LECHE GALLETA	´PARFAIT DE YOGURT, GALLETA Y FRUTA	JUGO DE FRUTA CON LECHE, PAN	BATIDO DE LECHE CON FRUTA, GALLETA	JUGO DE FRUTA CON LECHE, PAN	POSTRE YOGURT CON FRUTA Y GALLETAS	LECHE CON FRUTA, GALLETA
CENA	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**
CARNE EN CUADRITOS EN SALSA AGRIDULCE	PASTAS CARACOLES GUISADAS CON POLLO Y VERDURAS	ARROZ CON CERDO Y VERDURAS	CARNE ESMECHADA	TORTA DE HUEVO CON ZANAHORIA Y PAPA	ARROZ POLLO CON VERDURAS	CARNE EN CUADRITOS CON ZANAHORIA GUISADOS
AREPA ASADA	JUGO DE FRUTAS	ENSALADA TOMATE Y AGUCATE	ENSALADA ZANAHORIA Y PAPA	ARROZ CON CEBOLLA	JUGO DE FRUTAS	ENVUELTO
ENSALADA CEBOLLA Y TOMATE		JUGO DE FRUTA	JUGO DE FRUTA	JUGO DE FRUTAS		PALITOS ZANAHORIA SALTEADO
JUGO DE FRUTA						JUGO DE FRUTA
Fabiola Osorio Osorio, Nutricionista dietista, TP MND 05102						

Tabla No. 12 Muestra del primer ciclo de minuta tipo a implementar

5.3. Características servicio alimentos:

Igualmente, se revisó el **servicio de alimentación,** para el cumplimiento de las normas vigentes en procesos de alimentos. encontrándose que está bien ubicado en el centro de bienestar y cuenta con infraestructura adecuada a nivel de techo, paredes, pisos, mesones y zonas de procesamiento y almacenamiento, al igual que cuenta con el equipo (nevera, congelador, estufa, licuadora) y menaje en cantidad suficiente para los diversos procesos y número de usuarios atendidos, así como el personal correspondiente para el desarrollo de las tareas y procedimientos correspondientes, como se indicó en el punto de alimentación anteriormente.

6. PLAN DE TRABAJO

El plan de actividades enmarca una ruta a la atención integral en el cual las personas mayores serán beneficiadas de la oferta institucional. Las actividades se encuentran diseñadas e implementadas por los diferentes profesionales, con una meta de ejecución y el responsable. Facilitando así la ejecución y cumplimientos sistémicos de la propuesta, garantizando la participación de las personas mayores en las actividades diseñadas según las características identificadas en el grupo.

PLAN DE TRABAJO							
ACTIVIDAD	INDICADOR	META	MESES DE EJECUCIÓN			RESPONSABLE	EVIDENCIAS
			Mes 1	Mes 2	Mes 3		
COMPONENTE SALUD							
Valoración médica inicial	100% de mayores valoradas por el médico	100% (trimestral)	X	X	X	Médico	Historia clínica
Talleres de promoción de la salud prevención de la enfermedad	# de taller de promoción de la salud prevención de la enfermedad	1 (Trimestral)		X		Médico	Formatos asistencia registros fotográficos
Cuidados de Enfermería	100% de las personas mayores reciben cuidados de enfermería	100% (Trimestral)	X	X	X	Enfermería	Formatos de asistencia, registros fotográficos, Kardex
Capacitación en autocuidado e higiene personal de la persona adulto mayor	3 capacitaciones en autocuidado e higiene personal	3 trimestrales	X	X	X	Enfermería	Formatos asistencia registros fotográficos
Capacitación de primeros auxilios a los beneficiarios	2 capacitaciones de primeros auxilios a beneficiarios	2 trimestrales		X	X	Enfermería	Formatos asistencia registros fotográficos
Valoración final	90% de personas mayores valoradas por el médico	90%			X	Médico	Historia clínica
COMPONENTE NUTRICIÓN							
Tamizaje Inicial	100% de personas mayores tamizadas por nutrición al iniciar	100% (Trimestral)	X	X	X	Nutricionista	Formato de tamizaje inicial

PLAN DE TRABAJO							
ACTIVIDAD	INDICADOR	META	MESES DE EJECUCIÓN			RESPONSABLE	EVIDENCIAS
			Mes 1	Mes 2	Mes 3		
Valoración nutricional	100% de personas mayores valoradas nutricionalmente	100% (Trimestral)	X	X	X	Nutricionista	Formato de valoración
Acompañamientos nutricionales	100% de personas mayores con acompañamiento nutricional	100Trimestral)	X	X	X	Nutricionista	Formatos de acompañamiento
Seguimiento a aprovechamiento de raciones diarias consumidas	90% de aprovechamiento de las raciones	90% (Trimestral)	X	X	X	Nutricionista	Formato de raciones diarias
Diseño de minuta	1 minuta diseñada para su implementación	1 (Trimestral)	X			Nutricionista	Formato de presentación de minuta
Talleres formativos a personas mayores	1 taller formativo a personas mayores	1 (Trimestral)		X		Nutricionista	Formato de talleres, listado de asistencia, registro fotográfico
Taller formativo nutricional dirigido al manipulador de alimentos	1 taller formativo al manipulador de alimentos	1 (Trimestral)		X		Nutricionista	Formato de talleres, listado de asistencia, registro fotográfico
Tamizaje Final	% 100 de personas mayores tamizadas al finalizar el contrato	100 (Trimestral)			X	Nutricionista	Formato de tamizaje final
PSICOLOGÍA							
Valoración inicial a las personas mayores	15 personas valoradas inicialmente	100% (Trimestral)	X	X	X	Psicología	Pruebas y escalas psicológicas. Diagnósticos iniciales
Acompañamientos psicosociales	100% acompañamientos psicosociales	100% (Trimestral)	X	X	X	Psicología	Formato de atención personalizada y registro fotográfico
Proceso de adaptación a los beneficiarios	100% de acompañamiento en el proceso de adaptación de los beneficiarios	100% (Trimestral)	X	X	X	Psicología	Listado de asistencia, registro fotográfico
Talleres de promoción de la salud mental y estimulación cognitiva	1 taller de promoción de la salud mental y estimulación cognitiva	1 trimestral		X		Psicología	Listado de asistencia, registro fotográfico

PLAN DE TRABAJO							
ACTIVIDAD	INDICADOR	META	MESES DE EJECUCIÓN			RESPONSABLE	EVIDENCIAS
			Mes 1	Mes 2	Mes 3		
Actividades lúdico-pedagógicas dirigidas a la promoción de la salud menta l	3 actividades lúdico-pedagógicas dirigidas a la promoción de la salud mental	3 trimestrales	X	X	X	Psicología	Listado de asistencia, registro fotográfico
Valoración final a las personas mayores	90% de personas mayores valoradas por el psicólogo	90% Trimestral			X	Psicología	Pruebas y escalas psicológicas
SALUD FÍSICA							
Valoración inicial	100% de las personas mayores son valoradas	100%	X	X	X	Fisioterapeuta	Formatos de valoración y registros fotográficos
Rutinas grupales de acondicionamient o físico	9 rutinas grupales de acondicionamiento físico	9 trimestrales	X	X	X	Fisioterapeuta	Formatos de asistencia y registros fotográficos
Actividades para el mantenimiento y/o incremento de la funcionalidad	9 actividades para el mantenimiento y/o incremento de la funcionalidad	9 trimestrales	X	X	X	Fisioterapeuta	Formatos de asistencia y registros fotográficos
Pausas activas	90 pausas activas	90 trimestrales	X	X	X	Fisioterapeuta/Enfermería	Formatos de asistencia y registros fotográficos
Talleres para el mantenimiento y/o incremento del bienestar físico	1 taller para el mantenimiento y/o incremento del bienestar físico	1 trimestral			X	Fisioterapeuta	Formatos de asistencia y registros fotográficos
Valoración final a las personas mayores	100% de personas mayores valoradas por la fisioterapeuta	100 % (Trimestral)			X	Fisioterapia	Formatos de valoración y registros fotográficos
DIRECCIÓN TÉCNICA – TRABAJO SOCIAL							
Acompañamiento a la Persona Mayor en su ingreso al Centro de Bienestar	Se acompaña al 100% de las personas mayores en su ingreso al CDB	100% (Trimestral)	X	X	X	Trabajador social	Formato de registro de acompañamientos y registros fotográficos
Gestión documental y trámite ante la EPS	Se gestiona el 100% de documentos y	100% (Trimestral)	X	X	X	Trabajador social	Registro en base de datos, soporte de gestión (acta, documentos

PLAN DE TRABAJO							
ACTIVIDAD	INDICADOR	META	MESES DE EJECUCIÓN			RESPONSABLE	EVIDENCIAS
			Mes 1	Mes 2	Mes 3		
	trámites ante la EPS						tramitados y registro fotográfico)
Visitas domiciliarias de ingreso	Se ejecutan el 100% de las visitas domiciliarias de ingreso	100% (Trimestral)	X	X	X	Trabajador social	Acta de registro de visita domiciliaria y registros fotográficos
Documentación de beneficiarios	100% de la documentación de los beneficiarios es gestionada	100% (Trimestral)	X	X	X	Trabajador social	Reserva de archivo físico tipo AZ por cada persona mayor
Actividades enfocadas a la recreación internas y Externas	1 actividad enfocada a la recreación interna y externa	1 actividad trimestrales		X	X	Trabajador social	Listado de asistencia, registro fotográfico
Jornadas interdisciplinarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	2 jornadas interdisciplinarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	2 trimestrales		X	X	Medicina, nutrición, salud física, psicología, trabajo social, enfermería Equipo interdisciplinario	Listado de asistencia, registro fotográfico
Actividades Lúdico-Pedagógicas de Promoción y Prevención dirigidas a la fragilidad	1 actividad lúdico-pedagógica de promoción y prevención dirigidas a la fragilidad	1 trimestral		X		Nutrición, Salud física, Psicología.	Listado de asistencia, registro fotográfico
Actividades enfocadas a la recreación y fortalecimiento de vínculos afectivos	3 actividades enfocadas a la recreación y fortalecimiento de vínculos afectivos	3 actividades trimestrales	X	X	X	Trabajador social	Listado de asistencia, registro fotográfico
Capacitación al personal contratado	1 capacitación al personal contratado	1 trimestral		X		Trabajador social	Listado de asistencia, registro fotográfico
Actualización digital de las personas mayores (BD-Arch digital y/o físico)	3 actualizaciones	3 trimestrales	X	X	X	Trabajadora social – Dirección Técnica	BD-ARCH digital y/o físico

PLAN DE TRABAJO							
ACTIVIDAD	INDICADOR	META	MESES DE EJECUCIÓN			RESPONSABLE	EVIDENCIAS
			Mes 1	Mes 2	Mes 3		
Hospedaje en Espacios humanizados	3 meses de hospedaje en espacios humanizados	3 trimestrales	X	X	X	Medicina, nutrición, salud física, psicología, trabajo social. Equipo interdisciplinario	Reporte mensual en informe técnico, registro fotográfico

Tabla No.14 Plan de trabajo 2024

7. VALORACIONES INICIALES MULTIDISCIPLINARIA

7.1. COMPONENTE DE SALUD

El objetivo principal de este componente es permitir una visión amplia y clara del contexto en que se encuentra la persona mayor, facilitando el diagnóstico no sólo de entidades patológicas habituales, sino también, el integrar a los demás síndromes, lo que facilita la distribución de tares roles en un equipo multidisciplinario en el cual donde participan psicología, nutrición, y fisioterapia, ofreciendo una atención integral a los residentes, con la intención de otorgar una mejor calidad de vida.

7.1.1. MEDICINA

Valoración médica inicial

La valoración médica inicial es una herramienta que junto con los antecedentes personales de la persona mayor, permite identificar las necesidades de atención, tanto de problemas médicos comunes como de aquellos donde se involucran otros aspectos (psicológicos, de capacidad mental nutrición, aspectos sociales y riesgos de dependencia), lo cual permite diseñar y planear estrategias de intervención, donde las actividades que se realizan están orientadas a mantener la salud, controlar los factores de riesgo y conservar la autonomía de estas personas ,contribuyendo a mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos.

Durante el mes de abril se realizaron la totalidad de 15 valoraciones iniciales, cumpliendo el 100%. En donde se encontraron diferentes patologías tanto en hombres como en mujeres. Se les realizó una revisión a 11 hombres y 4 mujeres, encontrándose las siguientes patologías:

Diagnósticos	*Hombre*	*Mujer*
Hipertensión Arterial	5	3
VIH Positivo	1	
Convulsiones		1
Déficit Cognitivo		1
Demencia Tipo Alzheimer	3	
Hipotiroidismo		1
Trastorno Afectivo Bipolar		1
Espolón Calcáneo		1
Hiperqueratosis Plantar		1
Secuelas de ECV	1	
Discopatía Cervical	1	
Parkinson	2	
Verrugas En Cara	1	1
Anemia	1	
Artrosis En Rodillas		1
Espondilolistesis	1	
Diabetes Miellitus		1
Amputación Dedos Mano	1	

Amputación De Fémur	1	
Insuficiencia Venosa	1	
Hiperplasia de Próstata	1	
Inserción De Marcapaso	2	
Cardiopatías	1	
Ceguera Bilateral	2	
Glaucoma	2	
Lipoma En Cuello	1	
Hipoacusia	1	
Esquizofrenia	1	
Neuropatía Posherpetica	1	

Tabla No.16 Diagnósticos prevalentes en la población beneficiaria

Según los diagnósticos antes mencionados se establecieron los siguientes planes de Atención Individualizadas:

1. Detección de nuevas patologías con las valoraciones iniciales.
2. Inicio de nuevos tratamientos
3. Verificación de adherencia de tratamientos de cada Persona mayor.
4. Supervisar cumplimiento de citas a sus diferentes programas.
5. Solicitar interconsultas con especialistas en caso de ameritar.
6. Verificación de tratamientos instaurados por Eps.
7. Solicitar paraclínicos e imagenología en casos necesarios
8. Asistencia y participación en actividad de ejercicios a los Personas mayores con comorbilidades.

9. Solicitar apoyo al grupo interdisciplinario en casos necesarios
10. Inicio de tratamientos nuevos posterior a realizar seguimientos.
11. Ordenar traslados a centros de salud más cercano por cuadros agudos de alta complejidad.






Ilustración No 6. Valoraciones iniciales Medicina

7.1.2. ENFERMERÍA

El acompañamiento de enfermería durante las valoraciones iniciales se realizó con tamizaje individual de signos vitales a todos los residentes de la Fundación, como una herramienta de apoyo diagnóstico enfocada en la revisión de las capacidades funcionales, lo que no permite realizar adecuadamente los planes de cuidado para mejorar su bienestar, dé esta manera podemos promover, prevenir y rehabilitar a la persona mayor.

Se aplicaron herramientas que nos permiten hacer una evaluación holista de cada residente como son las escalas de: Braden, Downton , Norton y Emina para así evaluar y mitigar el riesgo de desarrollar úlceras por presión, en los pacientes que se encuentran con limitaciones físicas o en silla de ruedas, mejorar la hidratación y apariencia de la piel, prevención de caídas, identificar estados de consciencia y movilidad, estas nos ayudan a realizar la planificación individualizada según los hallazgos encontrados en cada residente, mejorando su confort y su calidad de vida.







Ilustración No 7 Atenciones y actividades de enfermería

7.2. COMPONENTE DE NUTRICIÓN

Para la ejecución de las acciones del componente de nutrición se tuvieron en cuenta las condiciones alimentarias, aprovechamiento consumo de raciones y la realización de actividades de diagnóstico nutricional, presentándose factores de riesgo a nivel nutricional asociados a patologías agudas y crónicas, mala alimentación y medio social desfavorable antes de su ingreso al centro de bienestar.

7.2.1 Diagnóstico Nutricional Inicial

Este se realizó al ingreso de las personas mayores al programa, por lo que se partió del tamizaje inicial, donde se tomaron los datos antropométricos de peso y talla, para conocer el IMC (Índice de Masa Corporal), para detectar el riesgo de afectación del estado nutricional y si requerían una **valoración nutricional** adicional, teniendo en cuenta el aporte de los demás componentes. A las personas con discapacidad se realizaron otras mediciones antropométricas como altura de la rodilla, medición de la extensión de brazos o brazada, perímetro braquial, y de la pantorrilla. Los resultados de este tamizaje inicial emitidos se clasificaron según el rango de diferencia entre las medidas antropométricas, donde se obtuvo la clasificación nutricional. Y se revisaron las patologías iniciales existentes como los problemas digestivos, la polimedicación, estreñimiento, estados gripales a repetición que afectan el mantenimiento de una buena nutrición y salud

Se realizó **diagnóstico inicial** a quince (15) personas mayores, siete (11) del sexo masculino, cuatro (4) del femenino y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Clasificación de Riesgo Del Estado Nutricional	*Hombres*	*Mujeres*
Desnutrición severa	0	0
Desnutrición moderada	0	0
Desnutrición Leve	1	0
Peso Insuficiente	0	0
Peso Normal	6	3
Sobrepeso	3	0
Obesidad Grado I	1	0
Obesidad Grado II	0	1
Obesidad Grado III	0	0
Total	**11**	**4**

Tabla No. 17 Clasificación Nutricional de las personas Mayores

7.2.2 Resultados diagnósticos nutricionales

Una persona mayor del sexo masculino con patología de base presentó desnutrición leve, *por lo que se recomendó alimentación hipercalórica e hiperproteica para mejorar su diagnóstico nutricional. Mientras que* nueve personas mayores estaban dentro de los diagnósticos de normalidad nutricional,

de las cuales seis corresponden al sexo masculino y tres al femenino. Además, se observó sobrepeso en tres personas y obesidad en dos de estas, por lo que se recomendó dieta hipocalórica, con control de grasas saturadas y azúcares simples. También, se tuvieron en cuenta las patologías presentes, para el inicio de los planes nutricionales y dietéticos.







Ilustración No. 8 Tamizajes iniciales nutrición

7.3. COMPONENTE PSICOLOGÍA

Para el componente de psicología de la Fundación Hogar Mis Mejores Años, es fundamental trabajar en función del bienestar mental de las personas mayores, promocionando un envejecimiento activo y saludable, a través del fortalecimiento de los procesos cognitivos y acompañamientos psicológicos, que permiten optimizar los procesos mentales, mitigando riesgos que puedan afectar la salud mental de su población. Este componente psicológico pretende evaluar e identificar el deterioro cognoscitivo, conductual y alteraciones afectivas que inciden en la capacidad funcional de la persona mayor, como actividades de la vida diaria; para desarrollar acciones que permitan mantener una salud mental estable y contribuir a un envejecimiento lo más sano posible.

Para llevar a cabo el objetivo de la valoración inicial, se propone aplicar un test psicológicos como el Mini Mental, en el cual se evalúa la memoria, orientación, concentración y lenguaje; se basa en el otorgamiento de puntuaciones según las respuestas del paciente, luego las puntuaciones se promedian y se comparan con los parámetros estandarizados en el test determinando de esta manera el nivel de deterioro cognitivo que puede presentar el sujeto, el test tiene una puntuación máxima de 30 puntos, donde de 27 a 30 se considera normal, de 25 a 26 existen dudas de un posible deterioro cognitivo, de 24 a 10 existe un deterioro cognitivo de leve a moderado, entre 9 a 6 existe un deterioro cognitivo de moderado a severo y menos de 6 un deterioro cognitivo severo.

Puntuación	*Concepto*	*Hombres*	*Mujeres*
27 – 30	Normal	5	1
26 – 25	Posible deterioro cognitivo	0	1

24 – 10	Deterioro cognitivo leve a moderado	5	1
9 – 6	Deterioro moderado a severo	1	1
6 – 0	Deterioro cognitivo severo	0	0
Total		11	4

Tabla No. 18
Resultados de valoración según test Mini Mental

En cuanto a la evaluación de alteraciones afectivas: se propone la escala geriátrica de Yesavage, esta puede detectar una posible patología depresiva. La versión abreviada consta de 15 preguntas, se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos. Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida.

Al realizar la valoración de las funciones cognitivas de las personas mayores por medio de las tes Minimetal se encuentra que:

- De 15 personas mayores residentes, 6 personas mayores presentan una puntuación **Normal**.
- 1 persona mayore con **Posible deterioro cognitivo.**
- 6 personas mayores con deterioro **cognitivo leve a moderado**.
- 2 personas mayores con un **Deterioro cognitivo moderado a severo**.
- 0 personas mayores con un **Deterioro cognitivo severo**.

- Cómo observación las personas mayores que están en la categoría de deterioro cognitivo moderado a severo, tienen patologías que aumentan el deterioro de sus procesos cognitivos, dichas patologías son Demencia Vascular en una persona mayor, mientras en el otro caso esquizofrenia, síndrome convulsivo y trastorno depresivo

- Por otro lado, las personas mayores que su puntuación pertenece a la categoría de deterioro leve a moderado se les va a estar reforzando en el proceso de orientación y memoria, ya que en esos procesos fue donde presentaron mayor dificultad al momento de realizar la prueba al igual que en su cotidianidad.

Puntuación	*Concepto*	*Hombres*	*Mujeres*
0 – 5	Normal	10	4
6 – 9	Probable Depresión	1	0
10 o más	Depresión	0	0
Total		11	4

Tabla No 19. Resultados de valoración Escala de Yesavage

Al aplicar la Escala de Yesavage la cual funciona como tamizaje de depresión indica que de 15 personas mayores residentes

- 14 personas mayores presentan una puntuación **Normal**, para una equivalencia de 94% del total de los residentes.
- 1 personas mayores con **Probable Depresión**, para una equivalencia de 7% del total de los residentes.

- Observación: Debido a los resultados presentados en la escala de depresión Yesavage, se realizará un seguimiento y acompañamiento psicosocial a la persona mayor que mostró una probable depresión. Esta persona mayor no obtuvo un resultado que la clasifique en concepto "normal" al haber mostrado tendencias depresivas.

Finalmente, después de aplicar ambas pruebas se realiza una entrevista semiestructurada, con la finalidad de profundizar si hay algún tipo de alteración, así como los posibles factores que actúen como eventos negativos vitales, conocer los antecedentes patológicos personales de patología psíquica y los tratamientos recibidos, entre otros aspectos que deben ser explorados.



Ilustración No 9. Test Mini Mental



Ilustración No 10. Escala Yesavage

7.4. COMPONENTE DE SALUD FÍSICA

7.4.1. Fisioterapia

La evaluación inicial se efectúa con el propósito de proporcionar a la persona mayor un tratamiento eficaz que favorezca el mantenimiento de un estado general funcional y el máximo nivel de plenitud acorde a las condiciones no modificables identificadas en la población evaluada. Su aplicación a cada beneficiario reviste un alto grado de importancia, dado que mediante la recopilación de una serie de datos clínicos pertinentes es posible diseñar un plan de acción y llevar a cabo intervenciones oportunas, adecuada en favor de la persona mayor, promoviendo así un envejecimiento saludable y activo. Posterior a su análisis, el profesional, establecerá objetivos específicos y alcanzables, adaptados por completo a los resultados individuales obtenidos en cada evaluación.

La evaluación inicial de las personas mayores considera dos aspectos esenciales: la funcionalidad y autonomía, así como las habilidades motoras gruesas. Para ello, se emplean dos herramientas evaluativas:

7.4.2. Aplicación de Índice de Barthel

El Índice de Barthel evalúa la capacidad de ejecución en las actividades cotidianas, proporcionando una medida cuantitativa del nivel de autonomía.

Su principal propósito es valorar las aptitudes individuales de los beneficiarios a partir de diez actividades esenciales de la vida diaria, permitiendo así una evaluación cuantitativa de su grado de independencia.

Este método implica una serie de cuestionamientos: diez criterios utilizados para evaluar las actividades básicas de la vida diaria. Estas preguntas se plantean a las

personas mayores que conservan sus capacidades cognitivas y se confirman mediante la observación directa de su rutina diaria, al mismo tiempo que se consultan a los cuidadores directos. De este modo, se verifica la precisión de las respuestas.

Resultados Índice de Barthel	Clasificación	Hombres	Mujeres
< 20	Dependencia total	1	0
21 – 60	Dependencia severa	2	0
61-90	Dependencia moderada	2	1
91-99	Dependencia Leve	1	1
100	Independencia	5	2
Total		11	4

Tabla No 20. Resultados de valoración según el Índice de Barthel

De acuerdo con los resultados arrojados en la aplicación del índice de Barthel se evidencia que el 47% del total de la población de residente es independiente en sus actividades básicas de la vida diaria, el 13.3% presenta dependencia leve correspondiente a una mujer y un hombre, el 20% presenta dependencia moderada, el 13.3% dependencia severa el cual corresponde a dos hombres y el 6.4% dependencia total correspondiente a un hombre igualmente. Según los

resultados anteriormente descritos la una porción importante de la población es independiente en sus actividades básicas de la vida diaria y autocuidado, mientras que más de la mitad se encuentra distribuida en su mayoría en un índice de dependencia moderado, los indicadores de dependencia severos y total se encuentran expresados en tres personas mayores de sexo masculino con patologías de base que afectan sustancialmente su grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. (ABVD).

7.4.3. Aplicación escala de Tinetti

La Escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio detecta de manera temprana el riesgo de caídas en las personas mayores.

Es una herramienta observacional diseñada específicamente para evaluar la marcha y el equilibrio en individuos de edad avanzada.

La primera subescala aborda el equilibrio, dividiéndolo en estático y dinámico, mientras que la segunda se centra en evaluar la marcha. La puntuación total de ambas subescalas es de 28 puntos. Aquellos que obtienen menos de 19 puntos presentan un alto riesgo de caídas, entre 20 y 24 puntos tienen riesgo de caídas y más de 24 puntos no presentan riesgo de caídas.

El procedimiento consiste en que el individuo mayor se siente inicialmente en una silla sin brazos y luego se le dan instrucciones claras para levantarse, sentarse, rotar sobre su propio eje y caminar, con el fin de observar tanto su equilibrio estático como dinámico.

Para evaluar la marcha, se le pide a la persona mayor que camine por un espacio determinado mientras el evaluador, situado detrás, observa cuidadosamente las características de su marcha según los ítems especificados en el instrumento.

Resultados Escala de Tinetti	Clasificación	Hombres	Mujeres
< 19	Alto riesgo de caídas	4	1
19 – 24	Riesgo de caídas	7	3
Total		**11**	**4**

Tabla No.21 Resultados de valoración según la escala de Tinetti

Según los resultados descritos en la tabla encontramos que el 33% de la población presenta alto riesgo de caídas asociado en todos los casos a patologías o condiciones de base que comprometen en alguna proporción la calidad de la movilidad y el 67% presenta riesgo de caídas. Cabe resaltar que 100% de la población evaluada presenta criterios de riesgo relacionado con la probabilidad de ocurrencia de caídas.






Ilustración No. 11 Valoraciones salud física

7.5. COMPONENTE DE TRABAJO SOCIAL

La técnica o situación socio afectiva puede incidir en el nivel de socialización y movilización a otros espacios de vida de cada individuo, por ello el fortalecimiento de estrategias para la creación de nuevos vínculos constituye una herramienta fundamental para una libre y adecuada interacción social al interior del centro de bienestar. Con el fin de establecer una valoración inicial de las interacciones sociales entre las personas mayores con sus pares, cuidadores y profesionales, se ejecutaron entrevistas iniciales de acompañamiento a modo de entrevista personal en las cuales se formularon interrogantes relacionadas con su dinámica social, comportamiento y percepción del ambiente en el centro de bienestar.

	Hombres	*Mujeres*	*Total*
Entrevistas iniciales de acompaña miento	11	4	**15**

Tabla No. 22 Número entrevistas iniciales de acompañamiento al ingreso de centro de bienestar y seguimientos a residentes de centro de bienestar.







Ilustración No. 12 Tamizajes iniciales Trabajo social

*Du*rante el mes de abril se ejecutaron 15 entrevistas iniciales, en las que se estableció a nivel general que el grupo se encuentra adaptado al ambiente e interacciones al interior del centro de bienestar.

Además, a través de esta entrevista, se revisó la documentación de cada persona mayor para identificar a quienes hay que solicitarles según la entidad correspondiente.

DOCUMENTACIÓN/ GESTIÓN DOCUMENTAL	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*
PERSONAS MAYORES CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11	4	**15**
PERSONAS MAYORES CON SISBEN IV	4	1	**5**
EN ESPERA CENSO SISBEN IV	7	3	**10**
PERSONAS MAYORES CON SUBSIDIO	5	2	**7**

Tabla No. 23 Documentación/ Gestión documental, personas mayores

El 100% personas mayores beneficiarias cuentan con documento de identidad, cedula de ciudadanía físico, el 33.4% de personas mayores cuentan con Sisbén IV, correspondiente a 4 hombres y 1 mujer. Mientras que el 66.6% beneficiarios se encuentran en espera del censo para inscripción a Sisbén IV de los cuales, 3 son mujeres y 7 hombres. El 40% del total de personas mayores reciben subsidio de las cuales 2 son mujeres, y son 5 hombres.

8. ALISTAMIENTO

El centro de bienestar posee la infraestructura física y operativa necesaria para proporcionar una atención integral a las personas mayores. Actualmente, funciona como una institución de carácter social y privado, sin fines de lucro, habilitada para el Programa de Adulto Mayor de la Alcaldía de Barranquilla, donde se ofrece estancia permanente y atención integral a las personas mayores.

Uno de los principios fundamentales del centro de bienestar es garantizar mejor calidad de vida para sus beneficiarios, ofreciéndoles protección, afecto, respeto y condiciones de vida dignas durante esta etapa de sus vidas.

8.1. Hospedaje y suministro de recursos de autocuidado y aseo personal:

En cuanto al aspecto locativo y hospedaje se verificó mediante mantenimiento preventivo y correctivo el estado de las instalaciones las cuales proporcionan alojamiento permanente. De igual forma se ejecutó la construcción de un baño adicional, procurando las adecuaciones para el aseo de personas con limitación de la movilidad garantizando así la disponibilidad de dispositivos para movilidad inclusiva como barandas de apoyo y superficies antideslizantes. Adecuación ventilación e iluminación en cuanto a las habitaciones, se realizó la ampliación de la capacidad instalada mediante modificaciones de infraestructura para adición de una habitación, la cual se acondicionó con 3 camas, 2 ventiladores. Se adecuó un espacio para estancia, reunión y trabajo documental de los profesionales de los distintos componentes en un área independiente a las estancias de actividades y habitación de los residentes. De igual manera se intervino el área del comedor exterior o patio con la adaptación de una carpa para procurar sombra mejorando así la temperatura. Todas las zonas anteriormente referenciadas se desinfectaron bajo protocolos de limpieza y mantenimiento diario por parte del personal logístico, con el objetivo de garantizar un completo clima de higiene, tranquilidad y confort. En cuanto a recursos de autocuidado se estableció un cronograma para entrega mensual de una

dotación de insumos para aseo personal y autocuidado tales como: papel higiénico, jabón, crema dental, desodorante y dispositivos para afeitar. Así mismo, para la entrega de una dotación de ropa 3 veces al año.

8.2. Alimentación:

Se suministra la alimentación según minuta patrón establecida, a las personas mayores del centro de bienestar. También, se fijó el horario diario, para el suministro de tres raciones de alimentos o platos fuertes así: Desayuno 7:30 AM, Almuerzo 12:00 M, y cena 4:40 PM; (Incluyó también el acompañamiento y asistencia para aquellos que presentaron algún tipo de discapacidad o que no podían ingerir alimentos con facilidad). Además de la entrega de dos meriendas diarias de lunes a domingo, a las 10:00 Mañana y 3:00 Tarde. Igualmente se efectuó la verificación de la infraestructura del servicio de alimentos (diseño y construcción, a nivel de área de recepción, almacenamiento y procesos a realizar, la iluminación, ventilación, abastecimiento de agua, disposición de residuos sólidos y líquidos.), instalaciones sanitarias. Adicionalmente, se realizó revisión de los equipos y utensilios disponibles, para que cumplieran con la cantidad y calidad indicadas conforme a los procesos utilizados en la preparación, elaboración, distribución para el consumo final de la ración servida. De igual modo, se ejecutó la verificación del adecuado uso de elementos de protección personal y la documentación del personal manipulador de alimentos (reconocimiento médico, curso manipulación de alimentos), para el cumplimiento de los requisitos según normatividad vigente. Asimismo, se determinó la distribución de las actividades a cumplir dentro del proceso de preparación y suministro de alimentos, en cuanto al cumplimiento de los requisitos en estándares de sanidad y limpieza, así como la verificación de la existencia de un plan de saneamiento básico para el apoyo de estas operaciones.

De la misma manera, se realizó el alistamiento de insumos con algunos días de anticipación para el suministro de las preparaciones requeridos según primer ciclo de minutas y se revisaron los formatos básicos para la supervisión del servicio.

8.3. Recursos Humanos:

El centro de bienestar ha confirmado la aptitud del personal disponible para garantizar los procesos administrativos, logísticos y misionales mediante la revisión de los perfiles de los cargos y las competencias demostradas por el personal seleccionado. Se ejecutó la vinculación de una nueva enfermera jefe como parte del equipo interdisciplinario. Tras la contratación del personal, se llevó a cabo una reunión inicial por áreas, durante la cual se aclararon dudas sobre los procesos específicos a iniciar y los resultados esperados.

El equipo encargado de los procesos misionales, especialmente los componentes de salud, ha planificado de manera organizada y progresiva las diferentes estrategias para llevar a cabo las valoraciones iniciales.

9. ANEXO FOTOGRÁFICO

A continuación, se presentan las evidencias fotográficas de las valoraciones iniciales y actividades ejecutadas de los diferentes componentes durante el mes de abril.

COMPONENTE DE SALUD

MEDICINA VALORACIONES INICIALES






Ilustración No 13. Ilustración valoración Médica Inicial de los beneficiarios

COMPONENTE DE NUTRICIÓN







Ilustración No.15 Tamizaje inicial.



Ilustración No. 17 Valoraciones iniciales

COMPONENTE DE SALUD FÍSICA









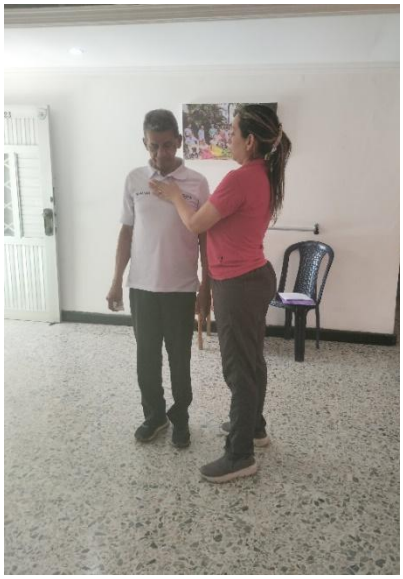








Ilustración No 18. Valoraciones iniciales

FUNDACIÓN
HOGAR DE PASO
MIS MEJORES AÑOS
Cuidados Personalizados

COMPONENTE DE TRABAJO SOCIAL

ACOMPAÑAMIENTOS INICIALES











Ilustración No 19. Acompañamientos iniciales