

Creación de un Programa de Atención Integral en Psicogerontología el cual se planteará con base en Cerquera y Cols (2010). En Riquelme et. Al. Manual de Psicogerontología; que permita el establecimiento de una modalidad de Hogar Día para las Personas Mayores del Municipio de Villanueva, Santander.

**Directora de Proyecto
Ara Mercedes Cerquera Córdoba
Esp.**

**Paola Catalina Ballesteros Pereira
Psicóloga.**

**Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Servicio Social
Enero 2012**

Alcaldía de Villanueva Santander
Hogar Día “Mis Villanuevas”

Servicio Social – Gerontología



Creación de un Programa de Atención Integral en Psicogerontología el cual se planteará con base en Cerquera y Cols (2010). En Riquelme et. Al. Manual de Psicogerontología; que permita el establecimiento de una modalidad de Hogar Día para las Personas Mayores del Municipio de Villanueva, Santander.

**Directora de Proyecto
Ara Mercedes Cerquera Córdoba
Esp.**

**Paola Catalina Ballesteros Pereira
Psicóloga.**

**Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Servicio Social
Enero 2012**

Tabla de contenido

1.	Resumen	5
2.	Abstract	6
3.	Introducción	7
4.	Justificación	8
5.	Planteamiento del Problema	9
6.	Objetivo General	9
7.	Objetivos Específicos	9
8.	Marco Teórico	11
9.	Metodología	16
9.1	Participantes	16
9.2	Instrumentos	16
9.3	Recursos	18
9.4	Procedimiento	19
p.4.1	Fases	19
9.4.1.1	Fase 1	19
9.4.1.2	Fase 2	19
9.4.1.3	Fase 3	20
9.4.2	Resultados	23
9.4.3	Discusión	34
9.4.4	Conclusiones	37
9.4.5	Recomendaciones	38
10.	Referencias Bibliográficas	39
11.	Anexos	41

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: CREACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN PSICogerontología CON BASE EN CERQUERA Y COLS (2010). EN RIQUELME ET. AL. MANUAL DE PSICogerontología. APLICADO A LA MODALIDAD DE UN HOGAR DÍA PARA LOS AM DE VILLANUEVA SANTANDER.

AUTOR(ES): PAOLA CATALINA BALLESTEROS PEREIRA

FACULTAD: Facultad de Psicóloga

DIRECTOR(A): ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA

Resumen

El presente documento ofrece una visión de la labor realizada a partir de la formación del Centro Día “Mis Villanuevas” y la implementación del Programa de Atención Integral en Psicogerontología del Municipio de Villanueva Santander. El interés principal se centra en la Persona Adulta y el impacto que la implementación del programa presenta en los diferentes aspectos que conforman el ciclo vital de la población Adulta Mayor de dicho Municipio quienes fueron evaluados por medio de las siguientes escalas que forman parte de la Escala de Calidad de Vida, formulada por Orozco (2004), *Mini – Examen Cognoscitivo (MMSI) de M.F.Folstein*, P.R.Mc Hugo (1975). *Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage*, *CES-D*, diseñada por Brink y Yesavage en 1982. *Escala de Experiencias Sociales*. Oostrom, 1995. *Índice de Capacidad Funciona*, diseñada por Bathel (1955-1965). Dentro de los hallazgos más importantes se evidencio en el resultado de las pruebas que existe un marcado deterioro en el aspecto cognitivo y del estado de ánimo afectado directamente por falta de entrenamiento en actividades que mejoren su capacidad y procesos de memoria; la dinámica familiar, carencia de contacto por deterioro en las relaciones y espacios para establecer un compartir dentro del núcleo, o debido a la lejanía con esta, vivir solos o no tener a ningún familiar vivo, se muestra como factor determinante de rasgos depresivos. El servicio ofrecido desde el Centro Día permitió aportar en el mejoramiento de la calidad de vida los 70 participantes del proyecto en todos los aspectos involucrados dentro de su ciclo vital, lo anterior se puede evidenciar a raíz del mantenimiento de la capacidad funcional y el mejoramiento en su estado de ánimo demostrado en la puntuación de la ultima evaluación que corresponde a el 100% de funcionalidad y 60-40 en CES-D. Solo 2 Personas Mayores mostraron deterioro a nivel físico y mental.

Palabras clave: Adulto Mayor, capacidad funcional, centro día, atención integral, ciclo-vital

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: CREATION OF A COMPREHENSIVE PROGRAM BASED ON PSYCHOGERONTOLOGY BAIT, COLS (2010). IN RIQUELME ET. AL. PSYCHOGERONTOLOGY MANUAL. APPLIED TO THE PRODUCER FOR A HOME DAY OF VILLANUEVA SANTANDER AM.

AUTOR(ES): PAOLA CATALINA BALLESTEROS PEREIRA

FACULTAD: Facultad de Psicóloga

DIRECTOR(A): ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA

Abstract

This document provides an overview of the work from the Day Centre's training "My Villanuevas" and the implementation of the Comprehensive Care Program of the Municipality of Villanueva Psychogerontology Santander. The main interest focuses on the adult and the impact that implementation of the program presents the different aspects that make up the life cycle of the adult population of the municipality who were evaluated using the following scales that are part of the Scale Quality of Life, made by Orozco (2004), Mini - Mental State Examination (MMSI) of MFFolstein, PRMC Hugo (1975). Geriatric Depression Scale Yessavage, CES-D, designed by Brink and Yesavage in 1982. Social Experiences Scale. Oostrom, 1995. Works Capacity Index, designed by Bathel (1955-1965). Among the key findings is evident through the results of the tests that there is a marked deterioration in cognitive and mood directly affected by lack of training in activities that enhance their ability and memory processes, family dynamics, lack Contact impairment in relationships and to establish a shared space within the core, or because of the distance with this, living alone or not having any living relative, is shown as a determinant of depressive features. The service offered from the Day Centre allowed to contribute in improving the quality of life of the project the 70 participants in all aspects involved in its life cycle, this can be evidenced as a result of maintaining functional capacity and improved mood shown in the latest assessment score corresponding to 100% of functionality and in CES-D 60-40. Only 2 PM showed impaired physical and mental level.

Key words: (older person) Elderly, functional capacity, center day, comprehensive, life-cycle.

Introducción:

Fueron de gran trascendencia, el conocimiento adquirido durante la formación profesional y el trabajo realizado en el ejercicio de las Prácticas Psicológicas, en las cuales tiene gran impacto la labor realizada en Pro del mejoramiento de la Calidad de Vida y la Atención Integral de los Adultos mayores que realizan los grupos de Investigación de la UPB en la Ciudad de Bucaramanga, para retomar algunas ideas y los beneficios que este tipo de atención ha proporcionado a la población de Personas Mayores en la Capital de nuestro Departamento, y ser aplicados con las PM pertenecientes a la Comunidad del Municipio de Villanueva Santander, brindando no solo un mejoramiento a su calidad de vida por medio de una Atención Integrada, sino que además estrategias de prevención y promoción para lograr que se envejezca de manera activa y saludable. Lo anterior, desarrollado bajo la Modalidad de un Hogar Día (Centro de cuidado geriátrico en el cual se brindan servicios y atención integrales en aspectos ligados al desarrollo satisfactorio del Ciclo Vital, este tipo de institución permite el mantenimiento de la capacidad funcional de la PM ya que no se requiere de Institucionalización por parte de los mismos), que será llamado “Mis Villanuevas”.

Justificación:

El municipio de Villanueva se caracteriza por ser, en el Departamento de Santander uno de los municipios más jóvenes y con miras al progreso, esto gracias a nuestros “viejos”, que con su trabajo y amor a su tierra dieron origen a lo que es hoy este pueblo. Las personas mayores actualmente forman parte del 26.81% de la población de la comunidad de Villanueva según el diagnóstico de salud emitido por la Secretaría de Salud del Municipio (2008). Por tanto es indispensable la creación de programas que incluyan la atención integral de los mismos en pro del mejoramiento de su Calidad de Vida. En dicho municipio y hasta la fecha no existe precedente de un espacio o programa para las personas mayores, a pesar de contar con un Hogar “Mansión de Invierno” que prestó su servicio de Ancianato y que actualmente funciona como hogar de Mujeres, carente de algunos servicios para su atención integral como el resto de esta población que en su mayoría es funcional pero que, poco a poco y a causa de la falta de entrenamiento de sus funciones físicas y mentales van perdiendo su autonomía y mueren víctimas de este deterior, según E.S.E Centro de Salud Camilo Rueda Villanueva (2008 – 2010) el porcentaje de mortalidad para AM es de 26.7%. El presente proyecto tiene como fin trabajar no solo con población 100% funcional, sino también pretende captar el interés de familias de personas mayores que presenten diferentes grados de discapacidad física y otras con deterioro mental de la población urbana y rural del municipio de Villanueva Santander.

La razón del planteamiento en la modalidad de Hogar Día tiene que ver con el hecho de mantener la Autonomía que es característica de las personas mayores de esta comunidad, por tanto podrán adquirir los servicios terapéuticos y actividades de Ocio del Hogar sin dejar a un lado su vivienda, la labor que cumpla dentro de ella y el contacto con su familia la cual también se verá involucrada en el mejoramiento de su calidad de vida.

Planteamiento del problema:

La ausencia de espacios dedicados para el AM de Villanueva ha llevado a que esta población se vea relegada dentro de su propia comunidad y por tanto se afecte la organización que como grupo social pueda tener. ¿La Creación de un Hogar Día que brinde Atención Integral en Psicogerontología para la Población de Personas Mayores a partir de los 60 años en el Municipio de Villanueva del área Rural y Urbana, mejorará su Calidad de Vida? El centro día “Mis Villanuevas”, es un servicio social que se presta para este tipo de población y por medio del mismo se facilitará la descripción de situaciones y eventos relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores luego de ser beneficiarios del programa que aquí se lleva a cabo.

Objetivo general:

Creación de un Programa Atención Integral en Psicogerontología que permita Mejorar la calidad de vida, gracias al mantenimiento de la capacidad funcional y la autonomía de los mayores de 60 años en adelante del municipio de Villanueva, por medio de una modalidad de intervención innovadora en el Espacio de un Hogar Día.

Objetivos específicos:

- Generar un espacio en el cual las Personas Mayores del Municipio de Villanueva Santander, puedan adquirir atención integral por medio de estrategias terapéuticas innovadoras que permitan mejorar su Calidad de Vida.
- Crear herramientas que promuevan los estilos de vida saludables y el envejecimiento activo, y que éstas a su vez ayuden en la prevención del deterioro físico y mental de la población Mayor del Municipio de Villanueva Santander.
- Involucrar a las familias de las personas mayores dentro del proceso de envejecimiento de las mismas con el fin de que brinden acompañamiento,

replanteen los imaginarios sobre la vejez y se permita el intercambio intergeneracional.

- Gestionar la acción de un grupo Interdisciplinar que preste atención en jornadas de salud extendidas a nivel Urbano y Rural por medio de la Administración Municipal con el fin de prestar un servicio social quienes no tienen la posibilidad de adquirir estos servicios por sus propios medios.

Marco teórico

América Latina presenta una marcada tendencia hacia envejecimiento de la población, que se estima será mucho mas pronunciada en las próximas décadas, por el incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad. Este envejecimiento poblacional trae como consecuencia una repercusión en la calidad de vida del anciano, entre otras, las cuales son de interés de estudio gerontológico y deben ser abordados no sólo por el geronte, sino también por la familia, la comunidad y el estado (Reyes, 2003). Por esto es indispensable crear herramientas que mejoren la calidad de vida de las personas mayores en poblaciones donde no existe la mayor posibilidad de acceder a beneficios gubernamentales que les permitan gozar de una atención integral. La creación de tales herramientas facilita la implementación de diferentes metodologías que, adaptadas al servicio prestado desde un Hogar Día, permite brindar de forma efectiva una atención integrada, e innovadora para las personas mayores; muestra de ello, es el impacto causado por esta modalidad de atención realizada con mayor auge en otros países del mundo como España, donde los diferentes espacios creados para la atención e intervención de esta población han permitido que éstas adquieran los beneficios del servicio terapéutico y actividades de Ocio e interacción social, sin necesidad de abandonar su vivienda o su familia la cual forma parte de su proceso de envejecimiento saludable.

Lo anterior aplicado a una Psicología ciclo vital (Dulcey, & Uribe, 2002) que se refiera al proceso de envejecimiento, a la adultez, la vejez y la muerte en el marco del mismo; enfatizando posibilidades relacionadas con el envejecimiento exitoso, el bienestar subjetivo y la sabiduría, acordes con el punto de vista de la psicología positiva y posibles de lograr mediante el aprendizaje durante toda la vida o la educación vitalicia.

Baltes y Baltes (1989), siguiendo la línea conceptual del envejecimiento exitoso, han conseguido un modelo propio del desarrollo de la edad adulta que ha dado pie hasta el momento presente a numerosas investigaciones empíricas. El

trasfondo de este modelo de la optimización con compensación lo constituye el concepto del ciclo vital con sus ganancias, estabilidad y pérdidas en la edad madura. Vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla, según las nuevas exigencias de la edad. Rige para ello el principio de que las capacidades descienden, por lo regular, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que pueden ser movilizables. Existen para ello estrategias, ejercicios y aprendizajes muy valiosos, eso sí, siempre sometidos a las limitaciones de la edad (*Izquierdo, 2005*).

Una meta interesante del trabajo con adultos mayores tiene que ver con la creación de herramientas por medio de las cuales el individuo tome consciencia de que es activo y por ello debe mantenerse así y con control de su vida en la medida de lo posible, en un ambiente dinámico e interventivo; con el fin desde la psicología y la gerontología, de prevenir y promover el envejecimiento activo (*Fernández, 2009*). Logrado esto gracias al mantenimiento y entrenamiento de funciones físicas y cognitivas, que son en última instancia las responsables de que las personas mayores no pierdan la total autonomía sobre su vida.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998) se ha definido la salud de la persona mayor, por su capacidad para funcionar y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente. Así, la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten participar en su propio autocuidado, en la vida familiar y social. De igual modo esta capacidad funcional es la que permite determinar el grado de deterioro existente en el AM o simplemente crear herramientas que prevengan el deterioro temprano evitando la aparición de las demencias. Según Lasprilla y Fernández (2003), en estudios en diversos países se ha reportado que la prevalencia varía de 2.5 a 24.6% para personas mayores de 56 años. Calcularon la prevalencia promedio de diversos estudios y estimaron en las personas mayores a 65 años una demencia severa

6% y de demencia leve a moderada en 10 a 15%. La incidencia de la demencia es proporcional a la edad y se ha estimado que se presenta aproximadamente el 1% de la población a la edad de 60 y que se duplica cada cinco años, hasta llegar de 30 a 50% en las personas mayores de 80 años. La prevalencia de demencia es mas alta en centros hospitalarios y residentes de casa hogar. Con lo anterior es importante clarificar que la ausencia de actividad en los proceso de memoria, en el nivel físico y el reforzamiento de contacto social se puede estar permitiendo que aparezcan este tipo de demencias de manera temprana o que puedan avanzar deteriorando al AM rápidamente, como lo hace la EA.

Dentro de la clasificación de las demencias encontramos la tipo Alzheimer, que entre las enfermedades que causan demencia es la más común pues explica el 50% de todos los casos. La enfermedad de Alzheimer (EA) es una amenaza oculta que se hace presente inicialmente como un problema de memoria presentando olvidos de nombres o números telefónicos. Este trastorno fue descrito inicialmente por el neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer en 1907, en la actualidad se calcula que cerca de 20 millones de personas de todas las razas y grupos étnicos la sufren en el mundo (Lasprilla & Fernández, 2003).

Lasprilla y Fernández (2003), comenta que el envejecimiento implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Con el paso del tiempo se comienza igualmente a observar toda una serie de cambios cognoscitivos relacionados con la memoria, el lenguaje, la percepción y a atención. Cabe señalar aquí, que una de las mejores estrategias que se tienen y deben mantenerse son los estilos de vida saludables ya sea por medio del ejercicio diario, la interacción con el entorno social (los grupos de tercera edad), y realizar actividades en las que se trabaje directamente la parte cognitiva (atención, memoria, concentración y percepción) ayudaran a minimizar las consecuencias de estos deterioros.

A continuación, retomaremos opiniones de diferentes autores acerca del beneficio que las actividades de Ocio traen para el AM (Pinazo & Sánchez, 2005). Según Kelly y Steinkamp (1986) algunas de las motivaciones para el ocio en la

tercera edad, que ayudan a la persona a hacer frente a los cambios que se producen en esta fase de la vida son: la interacción social, la autoexpresión, la percepción de competencia, llenar el tiempo y evitar el aburrimiento. Pero además, el disfrute del ocio en la vejez está directamente relacionado con la percepción de felicidad, el ajuste a las circunstancias vitales y la implicación en los procesos vitales (Katz, 2000). Se ha estudiado también a las personas mayores que disfrutan de expresiones de ocio de manera continua que revisten cierto grado de complejidad, son personas con capacidad de alerta mayor desde un punto de vista intelectual (Shooler & Mulatu, 2001). También se han encontrado evidencias que permiten asociar las prácticas de ocio en las personas mayores (y especialmente aquellas que requieren un posicionamiento mas activo por parte del sujeto) con mayor bienestar psicológico y menores índices de depresión (Dupuis & Smale, 1995).

Pinazo y Sánchez (2005), destacan el trabajo realizado por Diver y Bruns (1999), quienes desde la investigación al respecto, ordenan los beneficios del ocio en torno a cuatro categorías:

- Beneficios personales del ocio que se subdividen en Psicológicos (mantenimiento y mejora de la salud mental, crecimiento y desarrollo personal, y satisfacción personal) y Psicofisiológicos.
- Beneficios sociales y culturales
- Beneficios económicos
- Beneficios medioambientales

El ocio terapéutico esta relacionado con el ejercicio físico y Boraita (2000) destaca su importancia como sinónimo de calidad y esperanza de vida, matizando que las personas que hacen ejercicio de forma continuada ganan entre diez y veinte años de diferencia con respecto a personas de la misma edad que no lo hacen (Fernández Ballesteros 2009). Ahora bien al revisar otras investigaciones sobre Terapia Ocupacional se encontró que la ocupación para el AM es fundamental, no solo por el entretenimiento y la distracción, sino como garantía

para conservar el nivel de salud. Si se considera la vejez como una etapa más del desarrollo evolutivo de la persona, la T.O. juega un interesante papel en la evitación de un rápido e irreversible deterioro físico y psíquico, englobando desde la asistencia prolongada institucionalizada hasta la atención en el hogar. Las terapias ocupacionales (actividades, tareas y/o desempeño de roles) para evaluar e implementar el tratamiento en AM, con el objetivo de maximizar las competencias funcionales del mismo y su integración con el entorno físico y social, promoviendo su autonomía y bienestar, manteniendo o mejorando así su calidad de vida. La terapia ocupacional para las personas mayores se transforma en experiencias positivas y metas que aportan mayor sentido a la vida de éstas (Berrueta, Olger & Trébol, 2009).

Metodología

Participantes:

Se tomó una población de 70 Personas Mayores entre los 55 y 90 años del Municipio de Villanueva Santander pertenecientes a los grupos de Tercera edad en el área urbana, este grupo fue conformado por conveniencia, de estos 9 hombres y 61 mujeres. Se trabajó además con 30 PM de la zona rural que asistieron a la convocatoria para extender el servicio, esta población se toma como un valor agregado en la extensión del programa, Esta ultima estaba destinada para personas autovalentes y aquellos que presentaran alguna discapacidad física o deterioro.

Instrumentos:

A continuación se describen los instrumentos que permitieron realizar la evaluación inicial de los adultos mayores, éstos son tomados de Cerquera y Cols (2010). En Riquelme et. Al. Manual de Psicogerontología. Las escalas aquí mencionadas han formado parte de de la investigación y estudio de las personas mayores realizado por la UPB en los diferentes Centros de Bienestar y el PDTE de la Ciudad de Bucaramanga. Por medio de estos se realiza una revisión general de los aspectos más importantes que hacen parte de la Calidad de Vida del Adulto Mayor.

Consentimiento Informado. Documento que deja constancia escrita y firmada de la participación voluntaria de cada persona como sujeto de estudio en la investigación.

Ficha de Rastreo: Instrumento validado para medir la calidad de vida en sus aspectos físico, emocional, cognitivo y social en personas ancianas (Orozco, Orozco, Herrera, Méndez, Mendoza, Pinzón & Sánchez ,2004). Este instrumento contiene las siguientes pruebas:

Mini – Examen Cognoscitivo (MMSI) de M.F.Folstein, P.R.Mc Hugo (1975). Evalúa el deterioro cognitivo en ancianos teniendo en cuenta orientación, retención, atención, cálculo, evocación, lenguaje y praxia. Consta de 19 ítems agrupados en 6 partes; la parte A consta de ítems de características sociodemográficas. Las partes B, C, D, E, F y G evalúan respectivamente: Orientación, retención, atención y cálculo, evocación, lenguaje y copia. A los individuos con alteración visual evidente se le suman 2 puntos y dependiendo de la edad se suman los siguientes puntos: > de 65 años sumar 1 punto y > de 75 años sumar 2 puntos.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, CES-D, diseñada por Brink y Yesavage en 1982. Este instrumento evalúa la depresión en el adulto mayor. Consta de 20 ítems con 16 enunciados en forma negativa que tienen valor de 0 a 3, y 4 enunciados en forma positiva (ítems 4, 8, 12 y 16) que tienen valor de 3 a 0; la calificación depende de la frecuencia de presentación del fenómeno descrito por el ítem durante la última semana. Rara vez o ninguna: menos de un día, Alguna vez: 1 a 2 días, Ocasional: 3 a 4 días. Todo el tiempo: 5 a 7 días.

Escala de Experiencias Sociales. Este instrumento cuantifica la cantidad y calidad de los contactos sociales en las personas. Consta de 16 ítems que se responden teniendo en cuenta lo sucedido al encuestado el mes inmediatamente anterior en una escala tipo Likert de 1 a 4, así: Nunca: Ausencia del evento, Algunas veces: El evento se presenta en forma irregular, Casi siempre: El evento se presenta en forma regular, Siempre, No responde. Los valores van de 1 a 4 en forma ascendente a la presentación del evento respectivamente; de estas 16 preguntas la mitad son positivas (1, 3, 5, 8, 9, 12, 15, 16) y las otras son negativas (2, 4, 6, 7, 10, 11, 13 y 14). El puntaje mínimo obtenido es de -32 y el máximo es de +32. En la medida que el puntaje sea mayor de 0 las experiencias sociales son mejores contrario a si son menores de 0.

Índice de Capacidad Funcional de Bartell.1965 Evalúa el aspecto físico y consta de 20 ítems. El anciano califica mediante una escala análoga visual desde una capacidad nula de 0 y una máxima de 10, en actividades de la vida cotidiana, para obtener una sumatoria mínima de 0 y una máxima de 200, este puntaje se compara con porcentajes de funcionalidad donde el 100% es la calificación 200.

Ficha Clínica y Sociodemográfica: Es una construcción que permite organizar de manera óptima la información clínica y sociodemográfica de las personas objeto de estudio. El apartado sociodemográfico es tomado de la base de datos del informe de práctica psicológica del primer semestre del 2005 en la Unidad Deportiva de la Tercera Edad (Serrano y Archiva, 2005). El apartado clínico corresponde a algunas consideraciones generales de los resultados obtenidos por cada sujeto en cada uno de los cuatro dominios que mide la Ficha de rastreo (físico, emocional, cognitivo y social).

Recursos:

- *Actividades Grupales:* 20 Mesas y 150 Sillas plásticas
- *Material de Evaluación e Historias Clínicas:* 800 fotocopias, 100 portadas para armar un archivo con su respectivo gancho.
- *Actividades de Ocio - Terapéutico:* Juegos de mesa: 6 – Domino, 3 – Ajedrez, 4 – Cartas; Juegos criollos: 1 - Ranita, 1 - Mini Tejo, 1 - Mini Bolo; Juegos para discapacitados: 2 - Bolos plásticos, 4 - Balón liviano.
- *Actividades Terapéuticas:* Instrumentos musicales: 3 - tambores (pueden ser de juguete), 5 pares - maracas, 3 - panderetas, etc. 3 - Resmas de papel Carta (económico), 5 - Pliegos Cartón paja, 4 Mts Papel contad, 10 – Pliegos Cartulina, 30 – Cajas Plastilina y 5 - Cajas Colores, 3 Tarros Grandes Vinilos de Cada Color, 20 Pinceles Surtido, 5 – Cajas Lápices, 2 Cajas de Marcadores Surtido, papel reciclable o 15 bolsas de Azúcar.
- *Actividades Grupales Terapéuticas y de Ocio:* Reproductor musical de CD. Televisor grande y Dvd para los Cineforos.

Procedimiento:**Fases:**

1ª Fase: Gestión y Apoyo de la Administración Municipal. Se realiza reunión con la administración municipal con el fin de solicitar el espacio de la Casa campesina en la cual se lleva a cabo el programa de alimentación de Juan Luis Londoño, posterior se adaptan los espacios para musicoterapia, danzaterapia y relajación, un salón de juegos de mesa y juegos para discapacitados, se especificó un lugar cerca de las instalaciones de la Casa Campesina para los juegos criollos (club las Vegas), el espacio de la memoria y los procesos cognitivos, un espacio para la creación artística por medio de la pintura, plastilina y que permita realizar la lectura; de igual modo el lugar para los talleres de terapia ocupacional, tejidos, tarjetería y bordados. Se ubicó consultorio para la atención individual en Psicología y se adecuó el Centro de Salud Camilo Rueda para la atención individualizada y capacitaciones grupales de los AM durante las jornadas de salud. Finalmente se estableció cronograma de actividades desde el centro día de acuerdo con las fechas y horarios para las diferentes actividades. Esta fase tuvo una duración de 3 semanas a partir del 10 de enero del 2011.

2ª Fase: Captación y evaluación inicial de la población: La organización del programa inicia con la captación de las Personas mayores, por medio de la información que fue divulgada por medio de la Emisora Villanueva Estéreo, los carteles en lugares visibles que son medios efectivos atendidos por esta población y sus familias a quienes nos interesó involucrar dentro del programa. Esto permitió la presentación del proyecto, por medio de una reunión inicial llevada a cabo el día 21 de enero en horas de la mañana aprovechando los encuentros matutinos para la realización de ejercicios, allí se invitó a la población AM a conocer y participar del proyecto, de igual modo se comentó sobre la fecha para complementar la información y hacer partícipes a los demás AM del proyecto. El encuentro principal se llevó a cabo el 24 de enero a las 2:00 pm. En las instalaciones de la Casa de la Cultura en presencia y apoyo de un representante de la

administración municipal, las familias y las personas mayores, por medio de un corto recuento de los beneficios y servicios prestados por el hogar día bajo la atención integral que ofrece el modelo explicando las líneas de actuación y la razón del trabajo por medio de éstas , se tuvieron en cuenta opiniones y recomendaciones de los participantes con el fin de abarcar la mayor parte de intereses para ellos. Seguidamente se trabajó desde la línea de EVALUACION Y NEUROPSICOLOGIA al tomar los datos más relevantes de la persona mayor y su familiar responsable explicando y pidiendo autorización para el recorrido psicológico (actividad de la Línea de atención clínica) de evaluación en cual se profundizó sobre los aspectos importantes de su vida en familia, y se llevó a cabo la aplicación inicial de las pruebas determinando igualmente los horarios de atención para las posteriores actividades y la implementación del modelo. Las entrevistas familiares y aplicación de pruebas se iniciaron el miércoles 26 de enero ocupando un tiempo real de 2 meses. Durante este último ejercicio de la fase se evaluaban 4 PM por día, dentro de la visita se incluyó el trabajo con la familia por tanto el tiempo para cada casa fue de 2 horas y 30 min.

3ª Fase: Implementación del Modelo: De acuerdo a los resultados de la evaluación y entrevista iniciales, se realizó un plan individual de intervención por las líneas de actuación, se involucró al adulto y su familia en terapias de grupo (línea de Apoyo en Familia) y terapias alternativas (línea de atención Clínica), implementando de esta manera el Modelo según las líneas establecidas para tal fin. Por ello se realizaron actividades a partir de las 6:30 am., finalizando la jornada diaria a partir de las 5:00 pm., en el espacio del medio día cada AM realizaba su alimentación de acuerdo a su programa de almuerzos por dentro de las instalaciones del Hogar o se dirigía a su casa con su familia. El cronograma fue estructurado de tal manera que se realizaran actividades de la mayoría de las líneas a diario, en este orden se dio apertura el día 28 de febrero por medio de:

Línea de Atención Clínica: Ejercicios en la hora saludable actividad, caminatas, el servicio de asesorías a los AM y a sus familias, los encuentros de música y danzaterapia.

La Línea de Evaluación y Neuropsicología, además de la evaluación inicial y final, tenemos el trabajo en procesos mentales que busca fortalecer memoria, atención, concentración y percepción, por medio de efectos visuales, agrupamiento y categorización, técnica del relato, el uso de las iniciales, pares asociados de palabras, recuerdo de rostros y nombres, referencias espaciales, lugares y tareas del día, referencias temporales, atención selectiva, memoria y cálculo, atención, funciones ejecutivas, memoria a corto plazo, asociación de ejercicios-conceptos-imágenes.

Línea de Grupos y Líderes: Encuentros de grupos con diferentes temáticas que permiten mejorar la interacción y dinámica de los mismos. Visitas comunitarias

Línea Lúdico-educativa: taller informático, taller lecto-escritor, plastinoterapia, taller de pintura, tardes de juegos, bingos.

Línea de Apoyo en familia: encuentros de familia mensuales.

Grupo interdisciplinar: Jornadas de salud 2 en el año.

Cada una de las actividades fue evaluada por los participantes y por el psicólogo de acuerdo a los logros obtenidos por los AM. En cuanto a la efectividad de la labor realizada, el modelo fue evaluado teniendo en cuenta, avances de cada una de las Líneas de actuación, capacidad funcional y mental de las personas mayores de acuerdo al rendimiento en las actividades de carácter físico (ejercicio físico y caminatas), las actividades de música y danzaterapia, las actividades de memoria reentrenamiento y ejercitación, en los espacios de terapia ocupacional donde además de trabajar la motricidad fina, se puede identificar la actitud hacia el logro de objetivos; además de la evaluación final llevada a cabo por medio de las escalas aplicadas en la primera fase, con el fin de comparar resultados la evaluación se realizó a finales del mes de Septiembre del 2011. Paralelamente y gracias a la Gestión de la Sra. Mercedes Ballesteros Porras, al Colegio Eliseo Pinilla Rueda y a las Alumnas Jennifer, Geilar, Luisa y Laura del

grado 11-1 de dicha institución se accedió al servicio de Trabajo Social y apoyo en distintas actividades y han estado acompañando a las PM desde el mes de Mayo. Finalmente cabe señalar que durante esta fase, en los meses de junio y julio, se llevaron a cabo en compañía de la red social de la administración municipal, las visitas a las veredas con el fin de extender la atención del Hogar Día, la asistencia, participación y acogida de los AM y sus familias fue satisfactoria. Agradeciendo a las veredas visitadas, Macaregua Rincón, Butaregua, Aguafría, Limoncito, Carrizal, Choro Alto, Choro Bajo y el Caucho, la posibilidad de abarcar más población o extender el servicio a las áreas rurales fue una de las principales metas y se logró en un 70% de lo propuesto.

Resultados

El grupo de 70 adultos mayores fueron evaluados en dos oportunidades, una al inicio de la labor social a mediados del mes de enero del 2011 y la siguiente a finales del mes de Septiembre del mismo año. Los resultados (frecuencia y porcentaje de la puntuación), se presentan a continuación por medio de los gráficos y tablas.

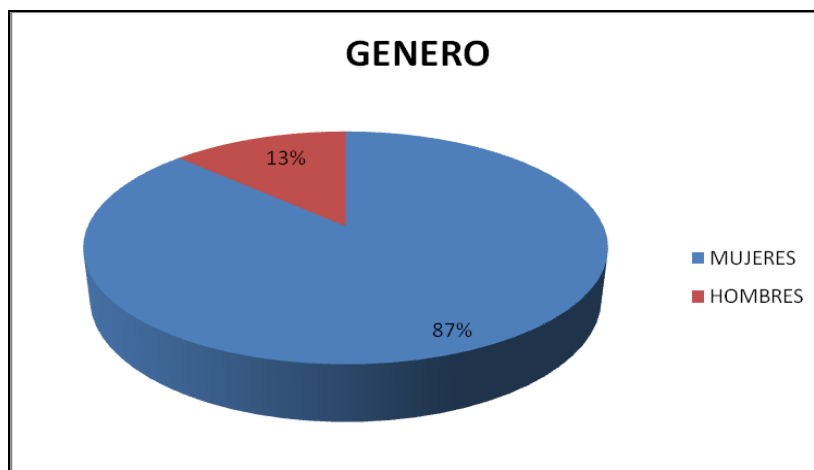


Gráfico1. Variable de genero

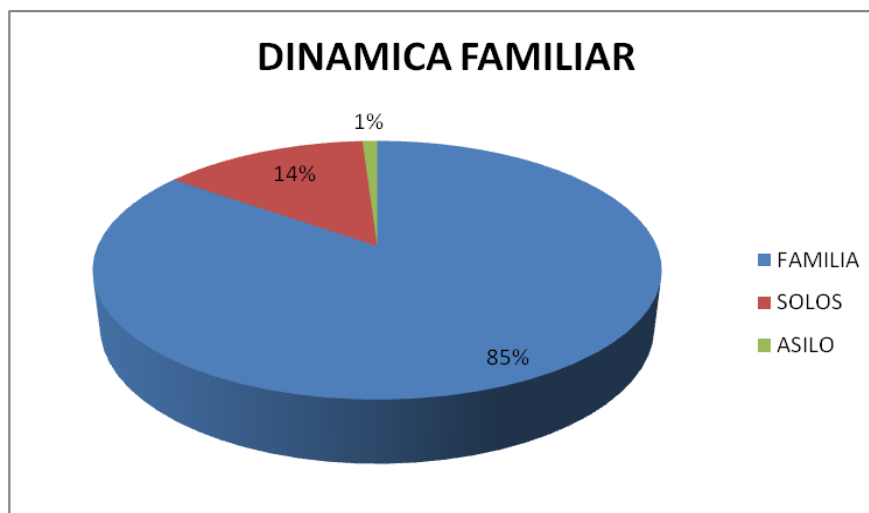


Gráfico 2. Variable Dinamica Familiar

De acuerdo al gráfico 1 se puede identificar que la participación femenina dentro del proyecto tiene un alto porcentaje 87% comparada con la que tuvieron los hombres de un 13%. La segunda variable cualitativa tenida en cuenta fue la dinámica familiar de los AM ya que el 85% de estos vivían con sus familias o con algunos integrantes de ellas, el 14% vive totalmente solo en una habitación o en una gran casa y el 1% reside en un asilo.

Con respecto a la evaluación por medio de la Escala de calidad de Vida se encontró:

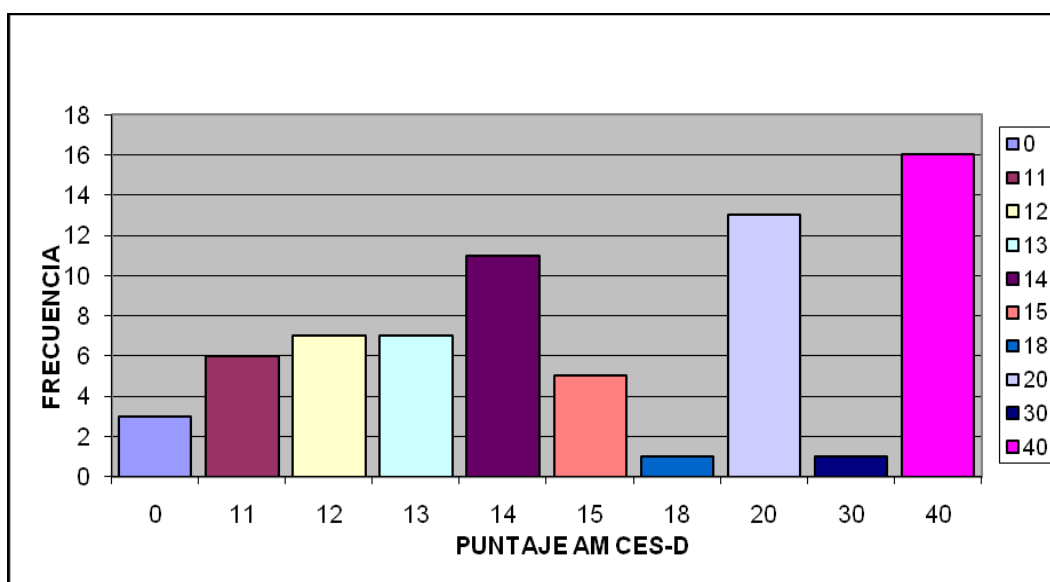


Diagrama 1 Resultados primera aplicación Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage. CES-D.

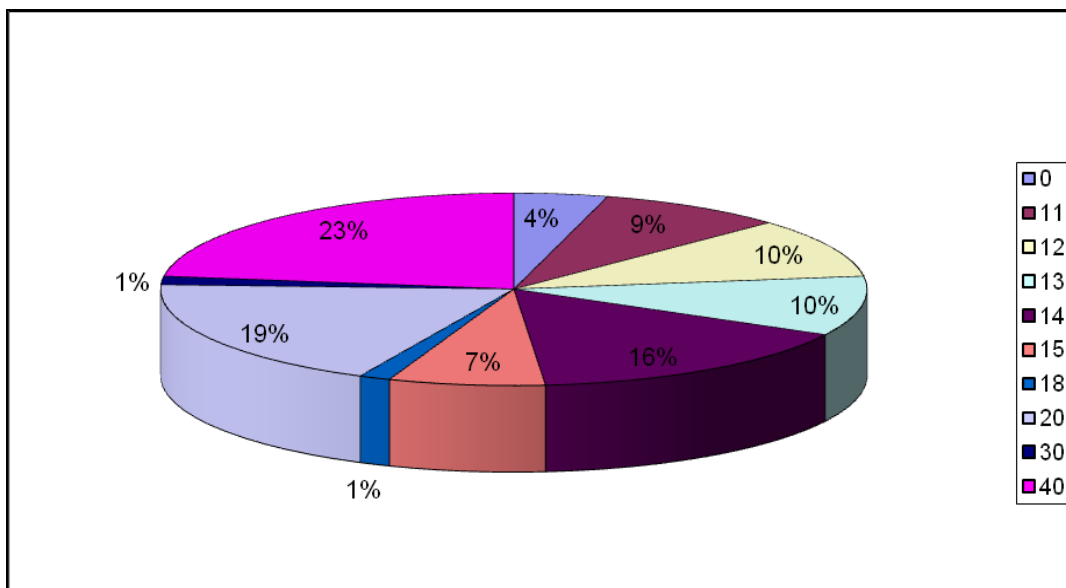


Gráfico 3 Porcentaje de resultados en CES-D.

Los primeros resultados permiten identificar inicialmente la situación o estado en el que se encuentra cada una de las PM participantes del programa, de este modo hablamos de un 44% de AM que obtuvieron puntajes de 20,30 y 40 estos se dan al sumar los ítems de carácter negativo que obtuvieron mayor valor comparado con los de carácter positivo lo cual demuestra que existen rasgos depresivos marcados (diagrama 1 y gráfico 3), mientras que el otro 56% contó con buen estado de ánimo y pensamientos positivos. Teniendo en cuenta las variables de género para rasgos depresivos, un 90% son mujeres y el 9% restante hombres, y en cuanto a dinámica familiar el 64% de quienes presentan rasgos depresivos viven en familia o con algunos integrantes de la misma.

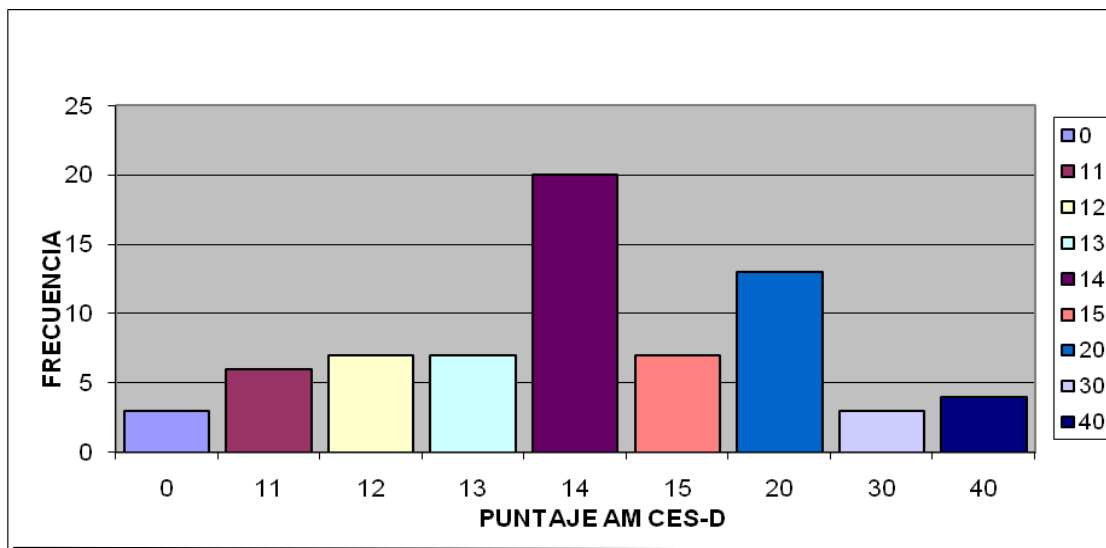


Diagrama 1.1 Frecuencia en resultados segunda aplicación Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage. CES-D.

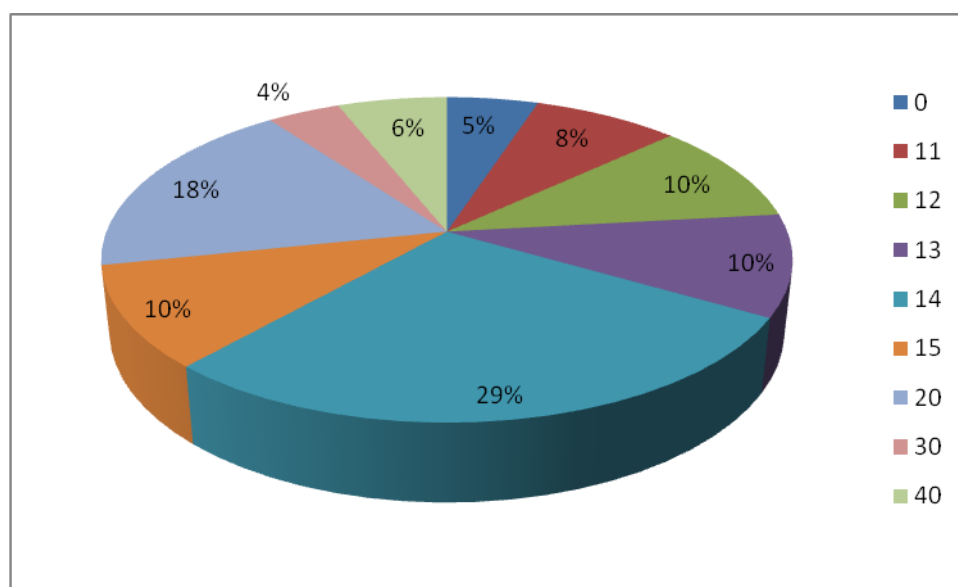


Gráfico 3.1 Porcentaje de resultados segunda aplicación en CES-D.

Luego de la implementación del modelo los resultados son los siguientes (diagrama 1.1, gráfico 3.1), se pasa a un 28% de AM que presentaron rasgos depresivos al puntuar alto en ítems de carácter negativo sobre los positivos, esto es con resultados de 20, 30 y 40, lo cual indica que disminuyeron de forma considerable las PM que tenían bajo estado de ánimo y pensamientos negativos.

Ya que el 72% obtuvo menor puntuación en ítems de carácter negativo y mayor en los positivos por esto su puntuación es de 0,11, 12,13, 14 y 15.

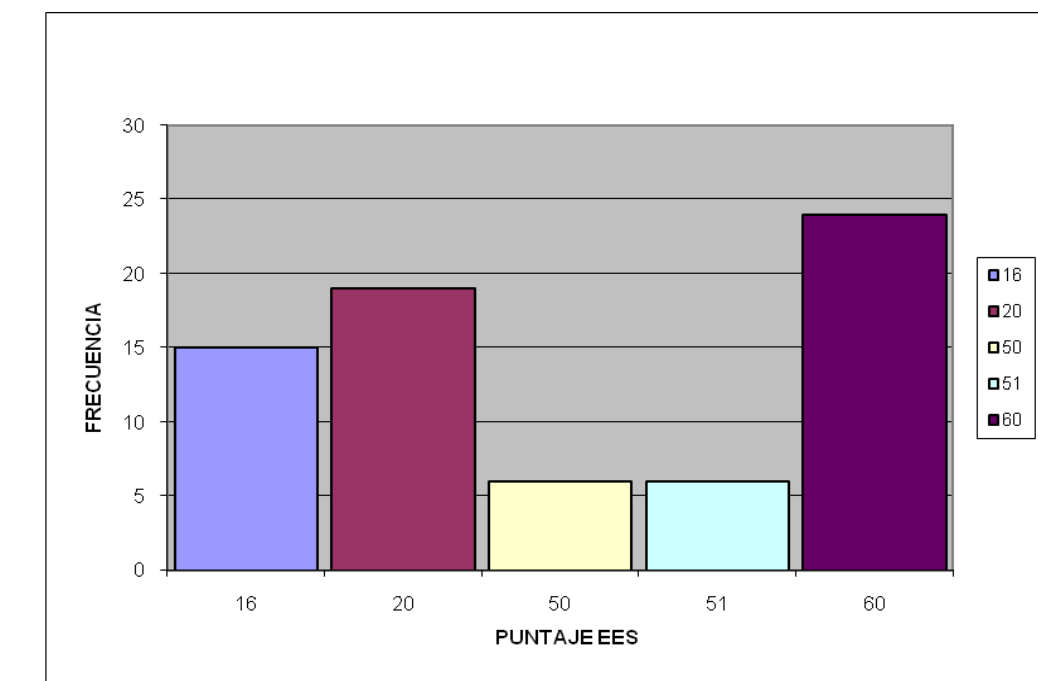


Diagrama 2. Frecuencia de resultados primera aplicación *Escala de Experiencias Sociales*.

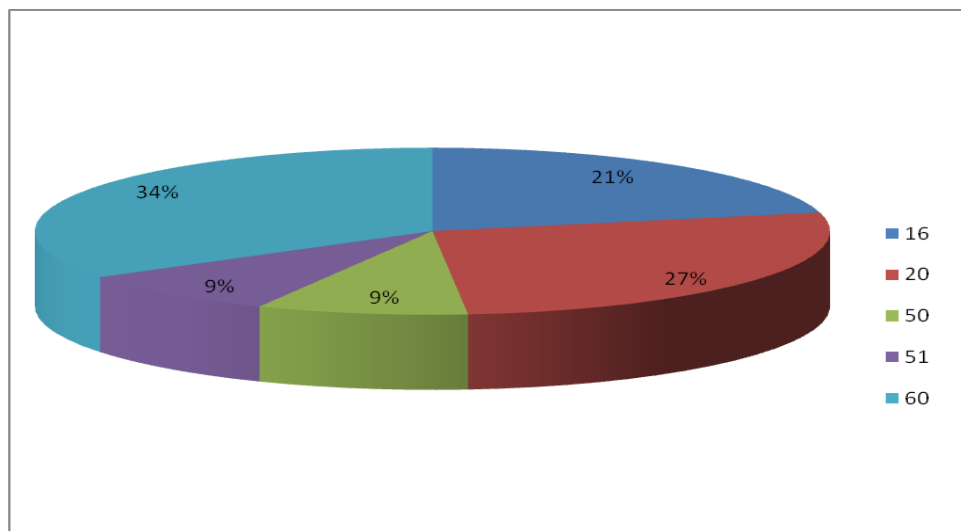


Gráfico 4. Porcentaje de resultados en E.E.S.

Con respecto al contacto social, la escala de experiencias sociales presentó los siguientes resultados para la primera aplicación (diagrama 2, gráfico 4), el 48% de

AM participantes obtuvieron 16 y 20 puntos que es bajo para cantidad y calidad de contactos sociales, lo cual quiere decir que existen dificultades en habilidades sociales. De estos el 94% son mujeres y el 6% restante hombres en cuanto a género, al mirar dinámica familiar el porcentaje de dificultades es de 76% y quienes presentan esta dificultad son AM que viven en familia o con algunos integrantes de la misma.

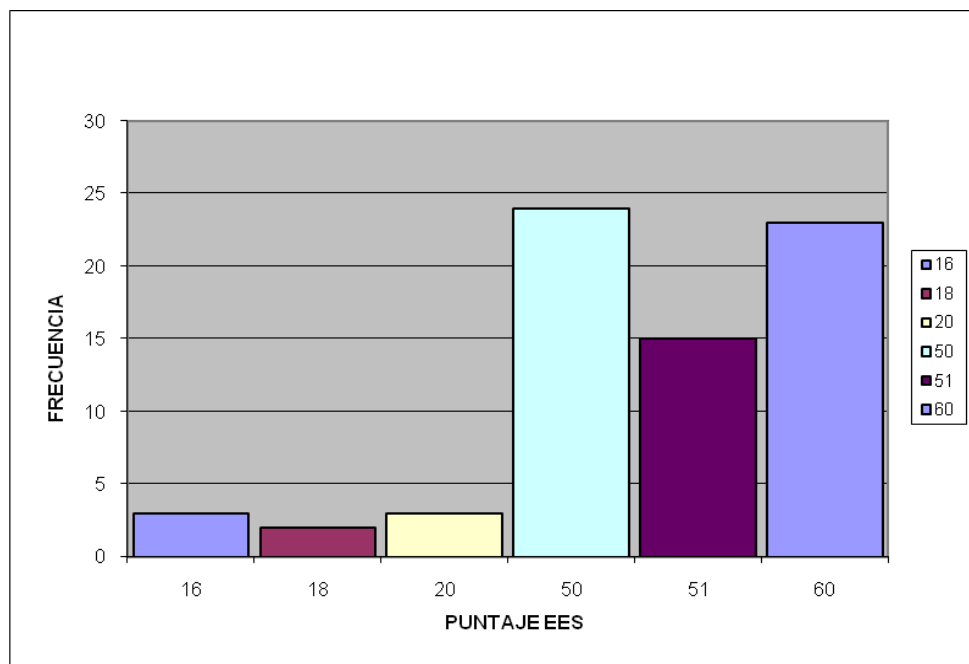


Diagrama 2.1. Frecuencia de resultados segunda aplicación *Escala de Experiencias Sociales*

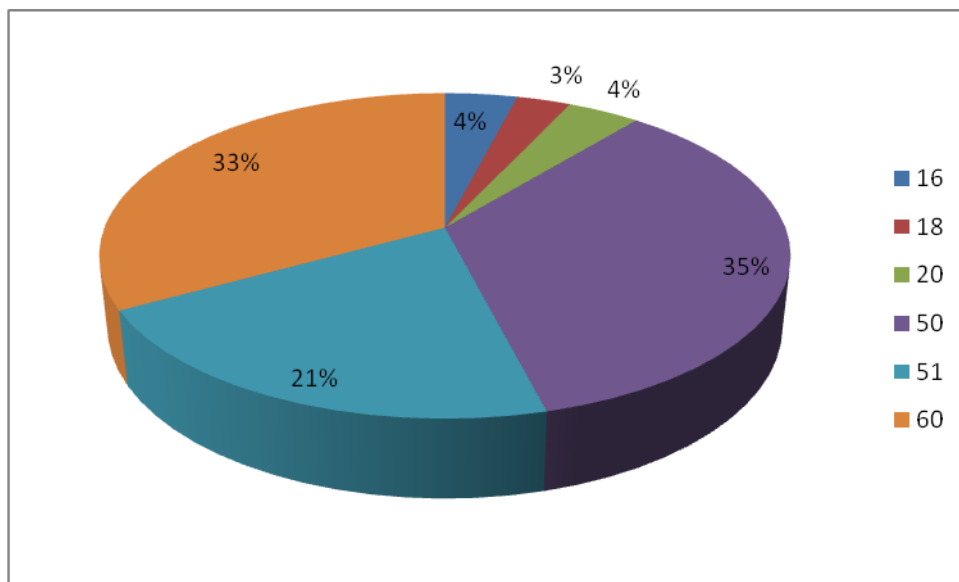


Gráfico 4.1. Porcentaje de resultados en E.E.S.

Ahora bien, al revisar el resultado de la segunda evaluación se obtiene (diagrama 2.1 y gráfico 4.1) un 11% de la población que obtuvo puntajes de 16, 18 y 20 bajo para cantidad y calidad de contacto social y el otro 89% con puntajes de 50, 51 y 60 indicando que cuentan con buenas habilidades para establecer y mantener contactos sociales beneficiosos.

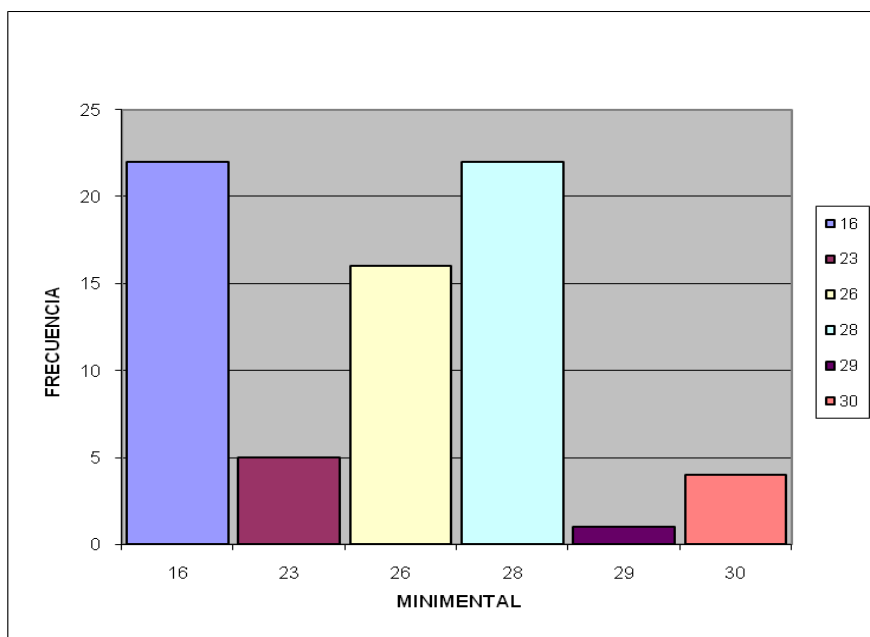


Diagrama 3. Frecuencia de resultados primera aplicación Mini – Examen Cognoscitivo (MMS).

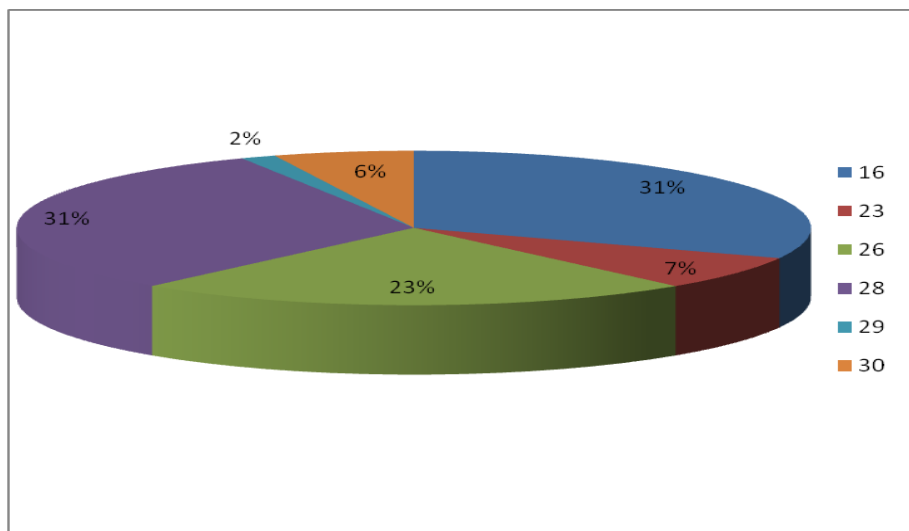


Gráfico 5. Porcentaje de resultados MINI-MENTAL.

El diagrama 3 y el gráfico 5 muestran el resultado obtenido en el Mini-mental para la primera evaluación, encontrando que el 38% de la población tiene dificultades en procesos mentales como retención, atención y calculo, evocación y en menor grado con lenguaje puesto que obtuvieron un puntaje de 16 y 23 en esta escala, los AM participantes tienen un grado de escolaridad menor de 6 años. El otro 61% cuentan con una excelente condición cognitiva y desarrollan procesos de manera rápida y acertada. Dentro de la población que presenta dificultad se encuentra que en la variable de género el 91% corresponde a las mujeres y el 9% a los hombres y si se toma la dinámica familiar el presentan deterioro el 69% son AM que viven en familia.

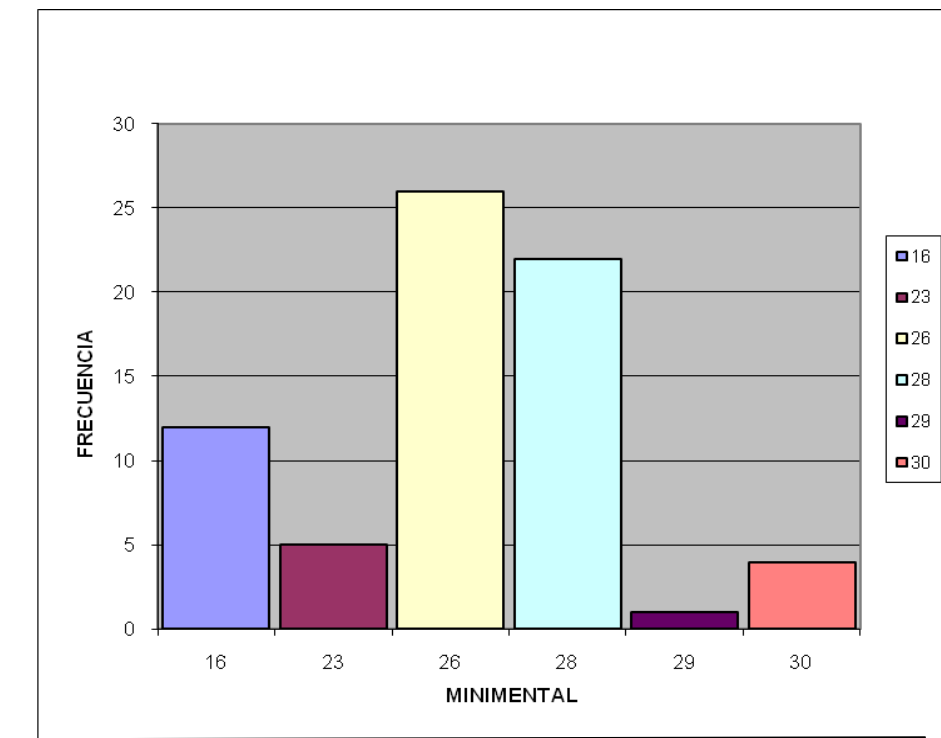


Diagrama 3.1. Frecuencia de resultados segunda aplicación Mini – Examen Cognoscitivo (MMS).

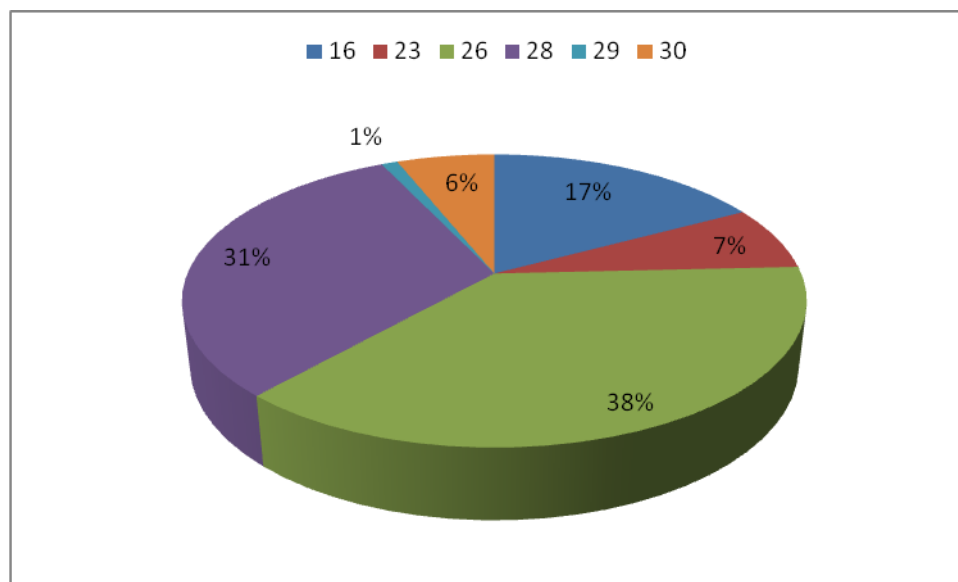


Gráfico 5.1. Porcentaje de resultados MINI-MENTAL.

En la segunda aplicación el 24 % de AM presentaron dificultades en procesos cognitivos evidenciados en atención y calculo, evocación, lenguaje y orientación, obteniendo un puntaje de 16 y 23 para la escala de mini-mental, mientras que el

76% restante recuperó de manera satisfactoria obteniendo valores de 26, 28, 29 y 30 que son positivos teniendo en cuenta el grado de escolaridad de la población.

En este punto cabe explicar que para el *Índice* de Capacidad Funcional de Bartell, se encontró que el 96% de la población es 100% funcional y puede cumplir con sus tareas diarias sin ayuda o mucho esfuerzo, de igual modo se mantuvo hasta la evaluación final, solo el 4% presentó dificultad e igualmente mantuvo su puntaje.

La atención clínica fue llevada de la siguiente manera:

Tabla 2. Relación personas atendidas en Psicología

EDAD	MOTIVO	N.S	FAMILIAR	AM	OTRO TTO
77	DEPRESION	6		X	
64	ANSIEDAD	3		X	
60	DEPRESION DUELO NO RESUELTO	8		X	PSIQUIATRIA
65	S. FAMILIAR MALTRATO	4		X	
14	AUTOESTIMA CTA AGRESIVA	6	X		
13	MANEJO DUELO ESTADO ANIMO BAJO IMPULSOS	10	X		PSIQUIATRIA
15	DESINTERES	5	X		PSICOLOGIA

	CTA AGRESIVA				Y PSIQUIATRIA
11	AUTOESTIMA H. SOCIALES	4	X		

Con todo lo anterior se puede afirmar que el objetivo general se cumplió, pues no solo se creó el espacio en el cual ha funcionado el Hogar, también se ha logrado mejorar la calidad de vida de la población AM participante tanto a nivel urbano como rural, por medio de la implementación del Programa de Atención Integral en Psicogerontología, los resultados de la Escala de Calidad de Vida así lo han demostrado.

Discusión

La implementación de un programa de atención integral en Psicogerontología ha permitido que la población adulta mayor del Municipio de Villanueva, obtenga mas reconocimiento y un espacio para compartir diferentes actividades que permitan mejorar su calidad de vida en los diferentes aspectos que forman parte del ciclo vital, produciendo en la PM bienestar. Pinazo y Sánchez (2005), comentan al respecto planteando que el estudio del bienestar Psicológico precedió a la aparición del concepto de calidad de vida, el primero originado en los 50, el segundo consolidado en los 70, nace de un planteamiento científico interdisciplinario y se define como constituido tanto por las condiciones materiales de la vida, como por la experiencia vivida por las personas, es decir, por una importante dimensión psicosocial, que desde el principio fue planteado como bienestar psicológico o subjetivo y del cual forma parte incluso la interacción que se pretendió y se pudo lograr por medio de esta labor, convirtiéndose incluso en un puente entre algunas PM y sus familias, ya que en determinados casos existían pequeñas rupturas relacionadas con la interacción de los mismos. Al respecto conviene decir que fue de gran preocupación encontrar alto porcentaje 48% de PM que “cuentan con el apoyo” y compañía de sus familias, pero presentaban poca habilidad en el establecimiento y mantenimiento de buenos contactos sociales. De estos el 94% son mujeres y el 6% restante hombres en cuanto a género, al mirar dinámica familiar el porcentaje de dificultades es de 76% y quienes presentan esta dificultad son AM que viven en familia o con algunos integrantes de la misma. Al analizar este resultado y la información recogida durante las entrevistas se infirió que el aporte que estas brindan a sus integrantes era insuficiente en muchos aspectos, entre ellos la calidad de tiempo compartido, el contacto filial el concepto que de vejez tienen varios integrantes del núcleo familiar y la actitud hacia los AM.

No solo es importante por el beneficio para las PM como se menciona en la parte anterior, sus familias son tenidas en cuenta para ser atendidas dentro del

servicio de Psicología y este también se posiciona dentro de la población del municipio, como una atención personalizada y de grupo según lo requiera el caso; ya que el psicólogo sigue siendo estigmatizado como tratante de locura y anormalidad, para la mayoría de los integrantes de esta comunidad. No se conocen las facetas de integrador de grupos, de su labor a nivel social y las ya innumerables ramas en las cuales se ha venido desempeñando hasta la fecha.

. De acuerdo con los últimos resultados se resalta la gran acogida que tiene el centro día para los adultos mayores, dado que la participación dentro del mismo se convirtió en un hábito o estilo de vida fortaleciendo aspectos que estaban con un nivel muy bajo para las condiciones de cada PM, como el estado de ánimo y sus expectativas, sus funciones cognitivas y la capacidad o habilidad social.

El intercambio intergeneracional se llevó a cabo durante los encuentros con familias realizados mensualmente durante el primer semestre del año 2011 y mas adelante con el programa de Alfabetización o Servicio Social del Colegio Eliseo Pinilla Rueda, 4 alumnas del grado 11-1 dirigidas por la Señora Mercedes Ballesteros Porras realizaron actividades de Ocio productivo, Ejercicio Físico y Danza terapia e Intercambio Cultural con las PM integrantes del Hogar Día, no solo fue un puente para permitir cumplir con un requisito y aprovechar ciertos beneficios que se ofrecieron con el servicio, se generó conexión filial y pasaron de ser personas desconocidas a entenderse, apoyarse y apreciarse como grandes amigas o integrantes de una sola familia. Gracias Neni, Geilar, Laurita y Luisa para todos fue un gran aprendizaje.

Por medio de la gestión del presente proyecto, se llamó la atención de los dirigentes de este municipio y estos se concientizaron sobre la necesidad de construcción de un centro especializado en atención integral para las PM de la Comunidad Villanueva, por tanto hasta la fecha se ubicó el servicio para estos en 2 espacios provisionales en los cuales funcionan al mismo tiempo, uno la cada campesina, el programa de alimentación para AM y el Centro u Hogar Día Mis

Villanuevas y el otro una Casa en Arriendo para Un Centro Vida. El punto sobre el cual se debe gran interés tiene que ver con ser el primer Centro u Hogar día para las PM y los Villanuevas que presta un servicio de manera Integral y con un modelo Psicogerontológico, ya que a partir de la obra se incentivó a que otras personas apoyadas también por el municipio crearan un Centro Vida en el cual hasta la fecha se realizan actividades de tipo recreativo.

A partir de lo anterior se puede afirmar que el cumplimiento del objetivo general se dio de manera completa, pues no solo se creó el espacio en el cual ha funcionado el Hogar, también se ha logrado mejorar la calidad de vida de la población AM participante tanto a nivel urbano como rural, por medio de la implementación del Programa de Atención Integral en Psicogerontología, los resultados de la Escala de Calidad de Vida así lo han demostrado.

Conclusiones

Los aportes mas importantes realizados durante el transcurso de la ejecución del proyecto se pueden enunciar de la siguiente manera:

- La implementación de un programa en el cual se aborda a la PM de manera integral y efectiva en el mejoramiento de su calidad de vida en una comunidad que a pesar de ser joven en su existencia como municipio cuenta con un porcentaje del 26,8% de AM dentro de su población total y hasta la fecha no contaban con este tipo de servicio. De igual forma se abrieron las puertas a mas proyectos de este tipo con el fin de abarcar esta población AM por completo.
- Posicionamiento de la labor Psicosocial y gerontológica dentro de la Comunidad del Municipio de Villanueva.
- El reconocimiento y la participación del AM dentro de la comunidad como un ser activo, funcional, productivo e importante dentro de la familia y su municipio.
- El grupo profesional interdisciplinar especializado para brindar atención a las PM ha llegado a convertirse en una limitación importante, sin embargo el apoyo de profesionales del E.S.E Centro de Salud Camilo Rueda es constante, al igual que el de la Administración
- Los resultados de la evaluación final permiten evidenciar el cumplimiento del objetivo al implementar el modelo, ya que se obtuvieron mejorías para un alto porcentaje de PM participantes en las diferentes escalas, comparadas con la evaluación inicial.

Recomendaciones

En cada población se encuentran diferencias significativas relacionadas con las características o idiosincrasia de la misma, por esta razón el trabajo planteado se adecua a las necesidades, realizando un primer diagnóstico de los integrantes del estudio tanto en su comportamiento a nivel de grupo como hacia la parte individual.

- Se generó una mayor identidad del Adulto Mayor dentro de la misma población de este tipo tanto a nivel urbano, rural.
- La apertura de espacios en los cuales la población de PM desarrollaron las diferentes actividades planteadas desde el centro día y otras desde su propio grupo de AM
- La creación de espacios intergeneracionales gracias al apoyo en las diferentes actividades de las Alumnas de Trabajo Social del Colegio Eliseo Pinilla Rueda.
- Una limitación muy evidente tiene que ver con la parte económica para realizar diferentes actividades dentro de ellas para la integración del grupo interdisciplinar (las jornadas de salud se realizaron gracias al apoyo de la Administración Municipal y la Gerencia del Centro de Salud Camilo Rueda E.S.E.
- El transporte para los centros veredales, la forma de desplazamiento para las PM en algunas veredas y el poder difundir la información dentro de las mismas.

Referencias

Berrueta Maeztu, L.M., Ojer Ibiricu, M.J., & Trebol Urra, A. (2009) *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología*, 6, (4), 215-258.

Cerquera, C. A.M., Prada, S. E.L. (2010). *Atención integrada al adulto mayor: una opción de apoyo en el mejoramiento de la calidad de vida*. En Riquelme, A., Ortigosa, J., & Martín, M. (Ed.). *Manual de Psicogerontología*. (pp. 411-419). Madrid: Ediciones Académicas, S. A.

Dulcey Ruiz, E., & Uribe, V. C. (2002). *Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27.

Fernández Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.

Izquierdo, A. (2005) *Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos* *Revista Complutense de Educación*, 16 (2), 601 – 619.

Lasprilla, A. J.C., Fernández, G.S. (2003). *Las Demencias: Aspectos Clínicos, Neuropsicológicos y Tratamiento*. Manual Moderno

Organización Panamericana de la Salud. *Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma*. Washington: OPS; 1998. CSP25/12.

Ocampo, J, M., Valencia, A., & González, F. (2009). *Envejecimiento y Familia. Revista. Asociación. Colombiana de Gerontología y Geriatria. 23(2), 1259-1270*

Pinazo, S., & Sánchez, M. (2005) *Gerontología. Actualización, Innovación y Propuestas*. Madrid: Pearson.

Riquelme, A., Ortigosa, J., & Martín, M. (2010). *Manual de Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Académicas, S. A.

Reyes, L (2003, Julio 14-15). *Ponencia: Investigación gerontológica y políticas sociales de atención al adulto mayor en Venezuela*. Simposio Viejo y Viejas Participación, Ciudadana e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile. Recuperado el 20 de Marzo de 2011 desde http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/VENEZ001_Reyes.pdf

Secretaría de Salud Villanueva Santander 2008-2010. Diagnóstico De Situación De Salud Del Municipio De Villanueva. PNSP.

Anexos

Anexo 1. Cartilla de Actividades por líneas del Proyecto.

Anexo 2. Datos de morbilidad y mortandad de adultos mayores en el municipio de Villanueva

Fuente. E.S.E. CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA VILLANUEVA 2010 (diagnostico secretaria de salud).