

PERIODICO PLC “SEGUNDO ANIVERSARIO”

“Seguiremos comunicando, educando y reflexionando sobre la importancia de todo lo que hacemos . Gracias a los colaboradores, escritores, lectores y Directivas que hacen posible este medio de información”

« PRIMERA PROMOCIÓN » CURSO CUIDADO DEL ADULTO MAYOR



Duodécima Edición Septiembre 2022

Tabla de Contenido

1 pág.	PORTADA	2 pág.	INDICE
3 pág.	MENSAJE EDITORIAL	4 pág.	HUMANIZANDO LA SALUD DE LOS PACIENTES
5 pág.	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)	9 pág.	RESIGNIFICACIÓN DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL ADULTO MAYOR
10 pág.	MEDICAMENTO DEL MES: ANSIOLÍTICOS, HIMNÓTICOS Y SEDANTES	13 pág.	AREA DE REHABILITACIÓN , CASO DE ÉXITO
14 pág.	PLAN DE AHORRO FAMILIAR , DE TU MENTE AL BOLSILLO	15 pág.	PROGRAMA CLÍNICA DE HERIDAS PROJECTION LIFE COLOMBIA
16 pág.	LA PRODUCTIVIDAD	17 pág.	RECONOCIENDO EL ENVEJECIMIENTO COMO UN PROCESO NATURAL
18 pág.	GENTE QUE SE DESTACA, CASO DE ÉXITO. CUIDADORA MARTHA MUÑOZ	19 pág.	MOSAICO INSTITUCIÓN PLC
20 pág.	CELEBRANDO EL DÍA MUNDIAL DEL ALZHEIMER	21 pág.	OTROS CURSOS Y EVENTOS

PROJECTION LIFE COLOMBIA S.A.
Área Administrativa Cra 35 a #46-22 San Pio,
Bucaramanga; PBX 6436778; 6953723

Gerencia General

Ing. María Cecilia Méndez Bermúdez

Gerencia Médica

Dra. Rubiela Méndez Bermúdez

Gerencia Técnica Científica

Dr. Edward Andrés Cáceres Méndez.

Dirección Médica

Dr. Miguel Leonardo León Méndez

Coordinación PAD

Programa de Atención Domiciliaria

Jefe. Viviana Niño

Coordinación Editorial

Dra. Rubiela Méndez Bermúdez



Cordial saludo para todos,

Han pasado al menos 24 meses desde el inicio de nuestro periódico, que busca ser una herramienta de actualización académica y pedagógica de aprendizaje continuo. A través de la convivencia entre la información adquirida por estudios recientes, nuevas terapias, metas terapéuticas y la experiencia de ser la empresa de atención domiciliaria más integral del país, hemos logrado llegar a ustedes y esperamos poder continuar transmitiendo este legado a nuestros lectores que son nuestra inspiración diaria.

Durante todas nuestras publicaciones hemos resaltado la dedicación, pasión y empatía hacia los temas relacionados a las enfermedades crónicas que vemos con más regularidad. Permanentemente nos esforzamos en lograr el mejor beneficio a nuestros pacientes, en medio de una era en la que hemos tenido que aprender a coexistir con 2 pandemias, sin erradicar ninguna pero aprendiendo a vivir en esta nueva "normalidad".

El distanciamiento social que trajo consigo la pandemia nos llevo a tener que ingeniar maneras novedosas de llegar a ustedes y sus familias, por lo que llegamos a la conclusión de que un periódico es una excelente herramienta que permite extender nuestro apoyo y acompañamiento constante por parte de esta segunda familia que es Projection Life Colombia de la cual cada uno de ustedes es una parte fundamental y en conjunto con nuestros pacientes son nuestra razón de ser.

Este periódico quiere crecer con todos nosotros y para nosotros, con el sueño de un modelo extraordinario de atención integral en medicina domiciliaria. Reconociendo los retos que existirán siempre, los cuales hemos podido sortear e incluso hemos llegado a ser modelo a seguir para otras IPS

domicilarias que han reconocido en nosotros una IPS líder a imitar. El compromiso es cada vez más grande como empresa y como profesionales en salud para seguir siendo un ejemplo para cada uno de ustedes y sobre todo para seguir aprendiendo continuamente y compartiendo nuestros logros.

La invitación sigue abierta para todos a seguir escribiendo desde nuestra experiencia, desde nuestro compromiso con la vida, desde el amor a nuestros pacientes y por nuestros pacientes. Recordemos que compartir nuestras experiencias es una de las mejores formas de extender conocimiento y aprendizaje para los demás por esto los exhortamos a ser parte activa en nuestro periódico para que así todos podamos ser cada vez más integrales no solo en nuestra esfera laboral sino también en nuestra cotidianidad.

Finalmente queremos recordarles que cuentan con la familia Projection Life como un aliado en su crecimiento integral diario y esperamos que este periódico sea motivo de orgullo e inspiración para ustedes de la misma forma que lo es para nosotros continuar con este legado que esperamos que perdure por muchos años y permita registrar nuestro camino a lo largo del tiempo.

Enviando un fraternal saludo, y esperando que este segundo semestre del año culmine lleno de éxitos y mucho crecimiento para todos nosotros.

*Su director técnico científico
Edward Andrés Cáceres Méndez*

Projection Life
Colombia s.a



HUMANIZANDO LA SALUD DE LOS PACIENTES

Carlos Tirado Moreno / Teólogo / contacto@humanizados.com

Reciban todos ustedes un caluroso y fraternal saludo lleno del amor y bendiciones de Dios. Hoy deseo compartir con ustedes estas líneas que nos llevan a seguir apreciando y valorando la humanización en la salud de los pacientes. En esencia, humanizar la sanidad significa personalizar la atención al paciente. Y es que conviene no olvidar que detrás de cada enfermedad hay una persona que está viviendo su experiencia de una manera determinada y que tiene que incorporar dicha situación a su vida. En este sentido, hay cosas que no se pueden sustituir, como es la presencia de un ser humano ante los pacientes que están sufriendo dolor: Una mirada, unas palabras, sonreír, mostrar calidez, escuchar, tener empatía, comprensión de la situación del otro..., pero la humanización en salud significa mucho más que ser cordial y agradable. Implica minimizar la tendencia de tratar al enfermo como si fuera un objeto, una simple enfermedad o unos síntomas concretos. Por encima de todo el cuidado humanizado requiere considerar a los pacientes como personas.

Es por los anteriores motivos y por muchos más por lo que la humanización de la salud no sólo implica poner al paciente en el centro de toda la organización, sino también al personal sanitario y a los acompañantes de los pacientes (Que en algunas ocasiones pueden llegar a sufrir más que el propio paciente). Humanizar la salud no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos. Es simple y llanamente una cuestión de actitudes. En una organización humanizada existe un compromiso personal y de la colectividad por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas y el entorno, especialmente cuando se toma conciencia de la vulnerabilidad ajena y la necesidad de ayuda de los pacientes.

Es por ello, que en Projection Life Colombia, uno de sus objetivos ha sido el de poner a las personas en el centro, ofreciendo servicios agregados de distintas áreas (Diseño y creación de entornos de bienestar, redefinición de los procesos, transformación de una organización humanizada, etc.). Siempre se disfruta humanizar la salud a través de proyectos de alto impacto.

Pero no podemos olvidar lo primero y lo más importante, que Jesús nos enseñó (Mediante las "obras" que realizaba) fue esto: Ante todo está la salud humana, aliviar el sufrimiento de los que padecen, remediar el dolor de los lisiados, hacer la vida más feliz y más llevadera de los seres humanos imitar al Humanizado por Excelencia "A Jesús Misericordioso" - es tomar en serio el Evangelio, es la persona honrada y buena que, ante todo, centra su vida en aliviar el sufrimiento de los demás y hacer más feliz la existencia humana. Terminó compartiéndoles que nunca pasemos por el lado un enfermo sin preguntarle "¿En qué te puedo servir? ¿Necesitas algo más? ¿Deseas que te deje un vaso de agua al lado de tu cama? ¿Deseas que hablemos, oremos o te lea un Salmo de las Sagradas Escrituras?... hoy son ellos, más tarde o mañana, puede ser cualquiera de nosotros que alguien pueda auxiliarnos. La vida es una regla de oro "Con la misma regla que tú midas, serás medido" - Mateo 7,2. Me despido pidiéndole a nuestro Señor que nos asista y nos regale Su Santa Bendición para seguir sirviendo con amor y humanización.

Teólogo, Carlos Tirado Moreno - Servidor y Fundador de la Asociación Humanizados en Colombia



TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

CLAUDIA PATRICIA ARENAS CARDOZO / Psicóloga, Magister en Neuropsicología Clínica / Sede NeuroProject

En años recientes se ha evidenciado que la población de adultos mayores se encuentra en ascenso, así como la prevalencia de diversos trastornos neurocognitivos y neurodegenerativos en población adulta.

El trastorno neurocognitivo mayor o demencia más frecuente en nuestro ámbito es la enfermedad de Alzheimer, seguida de la demencia de tipo vascular. En esta lista, le siguen en ocurrencia la demencia de cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.

Según la OMS, la enfermedad del Alzheimer se define como una dolencia degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta síntomas neuropatológicos y neuroquímicos característicos. Por parte, Alzheimer's association, define el Alzheimer como una enfermedad progresiva, en la que los síntomas de demencia empeoran gradualmente con el paso de los años. En sus primeras etapas, la pérdida de memoria es leve, pero en la etapa final del Alzheimer, las personas pierden la capacidad de mantener una conversación y responder al entorno.

En la actualidad se sabe que no existe una cura para el Alzheimer, sin embargo, hay diversos tratamientos para paliar los síntomas. Si bien los tratamientos actuales para el Alzheimer no pueden detener el avance de la enfermedad, pueden ralentizar por un tiempo el empeoramiento de los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad.

Este trastorno se inicia generalmente, de forma insidiosa y lenta que evoluciona progresivamente durante años. La evolución acostumbra a ser larga (entre 8 y 10 años), aunque a veces puede ser de 2 a 3 años. Supone un cambio en la vida del paciente y de su entorno familiar. Además de una tremenda carga

física, psíquica y económica para el paciente y para la familia que se enfrenta a este problema. Los cambios que la enfermedad de Alzheimer produce en el cerebro generan problemas que van en aumento y que afectan los siguientes procesos neuropsicológicos o cognitivos.

Procesos neuropsicológicos afectados

Memoria: Todo el mundo tiene lagunas mentales ocasionales, pero la pérdida de la memoria asociada con la enfermedad de Alzheimer persiste, empeora y afecta la capacidad para desempeñarse en el trabajo y en el hogar. Las personas con enfermedad de Alzheimer pueden exhibir las siguientes conductas:

- Repetir afirmaciones y preguntas una y otra vez.
- Olvidarse de conversaciones, citas o eventos, y no recordarlos después.
- Colocar sistemáticamente objetos personales en el lugar equivocado, a menudo en lugares absurdos.
- Perdersse en lugares que ya conocen.
- Finalmente, olvidarse de los nombres de familiares y objetos de uso cotidiano.
- Tener problemas para identificar objetos con las palabras correctas, expresar pensamientos o participar en conversaciones.

El pensamiento y el razonamiento: La enfermedad de Alzheimer causa problemas para concentrarse y pensar, en especial sobre conceptos abstractos, como los números. Realizar múltiples tareas a la vez también resulta particularmente difícil, y controlar las finanzas, poner al día las cuentas y pagar las facturas en forma puntual son tareas que pueden plantear un desafío. A la larga, una persona con enfermedad de Alzheimer no puede reconocer y manejar los números.

Juicio y tomar decisiones: La enfermedad de Alzheimer provoca un deterioro en la capacidad de tomar decisiones y juicios razonables en situaciones cotidianas. Por ejemplo, una persona puede tomar elecciones malas o inusuales en las interacciones sociales o usar ropa inapropiada para el clima. Puede ser más difícil responder de manera eficaz a los problemas de todos los días, como si se quema la comida sobre la hornilla o si se enfrenta una situación imprevista mientras se conduce.

Planificación: A medida que la enfermedad empeora, las actividades que, en algún momento, fueron parte de la rutina y que requerían el seguimiento de pasos secuenciales, como planear y elaborar una comida o jugar un juego favorito, se transforman en una dificultad. Con el tiempo, las personas con la enfermedad de Alzheimer avanzada a menudo se olvidan de cómo hacer tareas básicas, como vestirse y bañarse.

Cambios en la personalidad y en la conducta: Los cambios cerebrales que se producen en la enfermedad de Alzheimer pueden afectar el estado de ánimo y el comportamiento. Los problemas pueden incluir los siguientes: Depresión, apatía, aislamiento social, cambios de humor, desconfianza en los demás, irritabilidad y agresividad, cambios en los patrones de sueño, desorientación, pérdida de la inhibición y delirios.

Principales causas

Las causas exactas de la enfermedad de Alzheimer no se comprenden en su totalidad. Pero a un nivel básico, las proteínas del cerebro no funcionan con normalidad, lo que interrumpe el trabajo de las neuronas cerebrales y provoca una serie de eventos tóxicos. Las neuronas se dañan, pierden las conexiones entre sí y finalmente mueren.

Los científicos creen que, en la mayoría de los casos, la enfermedad de Alzheimer es consecuencia de una combinación de factores genéticos, ambientales y del estilo de vida que afectan el cerebro a lo largo del tiempo. Menos del 1% de las veces, la enfermedad de Alzheimer

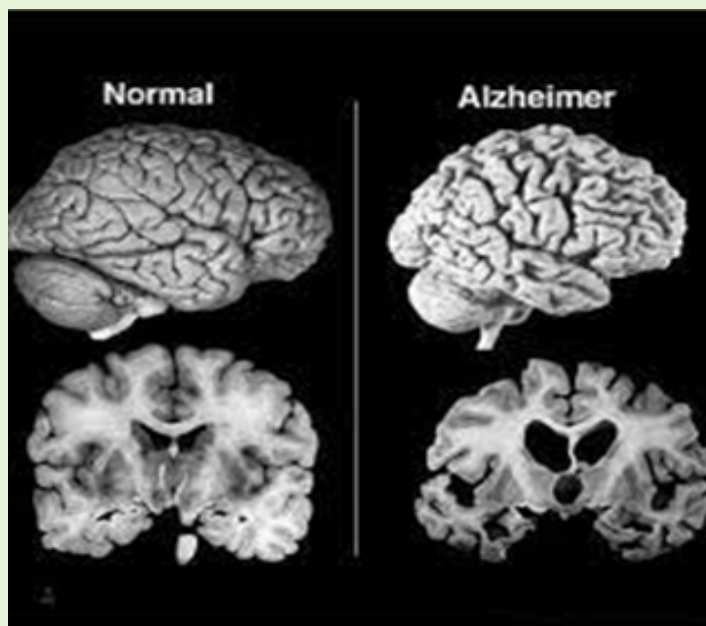


Figura 1. Cerebro Normal vs Cerebro con Alzheimer
Imagen tomada de:
<https://www.alzheimeruniversal.eu/2015/cerebro-con-alzheimer-y-sin-alzheimer-brain-atrophy1/>

ocurre por cambios genéticos específicos que prácticamente garantizan que una persona padecerá la enfermedad. Estos casos raros suelen dar lugar a la aparición de la enfermedad en la mediana edad.

El daño comienza más a menudo en la región del cerebro que controla la memoria, pero el proceso comienza años antes de los primeros síntomas. La pérdida de neuronas se extiende en un patrón algo predecible a otras regiones del cerebro. En la etapa avanzada de la enfermedad, el tejido cerebral está considerablemente reducido.

Tratamientos no farmacológicos en personas con Alzheimer

Los tratamientos no farmacológicos en personas con Alzheimer, tienen como objetivos primordiales, disminuir la progresión del deterioro en el funcionamiento cognitivo con el fin de mantener el nivel de autonomía e independencia durante el mayor tiempo posible, mantener la función cognitiva durante el mayor tiempo posible, lo que posibilitará al paciente tener una mayor calidad de vida, y disminuir la presencia de problemas emocionales y/o comportamentales.

Rehabilitación Neuropsicológica

La rehabilitación neuropsicológica o cognitiva, es una terapia no farmacológica, cuyo objetivo es mejorar o paliar los déficits cognitivos, producidos por accidentes cerebrovasculares (ICTUS), traumatismos craneoencefálicos o enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, Parkinson, demencia de cuerpos de Lewy o esclerosis múltiple, entre otras, que afectan al normal funcionamiento del cerebro. Como consecuencia del daño cerebral o déficit cognitivo, se ven afectadas entre otras, la capacidad de atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, o las funciones ejecutivas.

Básicamente se utilizan estrategias de restauración, compensación y sustitución, de las funciones cognitivas, ya sea en base a modificaciones ambientales, entrenamiento de habilidades compensatorias o reentrenamiento directo de las áreas comprometidas.

El fundamento científico de la rehabilitación neuropsicológica se ubica en algunos fenómenos biológicos bien conocidos como la plasticidad neuronal que bien se conoce desde hace más de dos décadas, habiéndose demostrado desde esa época la capacidad de la neurona para regenerar dendritas. Más recientemente, un grupo de investigadores demostró la capacidad de regeneración neuronal en cultivos de células de sujetos fallecidos años antes a causa de enfermedades no neurológicas, abriendo un gigantesco signo de interrogación a la tradicional convicción de la incapacidad de regeneración del sistema nervioso central.

Múltiples experiencias, hoy llamadas clásicas, demuestran que el sistema nervioso central puede adaptar su morfología a diferentes variaciones del entorno.

En la actualidad existen múltiples recursos y estrategias de rehabilitación cognitiva que ayudan a la mejora de los procesos cognitivos que se encuentren alterados. A continuación, enumeramos algunas de las diferentes estrategias de rehabilitación neuropsicológica que pueden ser utilizadas.



Figura 2. Rehabilitación cognitiva

Tomado de:

<https://www.bitbrain.com/es/blog/rehabilitacion-cognitiva>

Cuadernos de ejercicios de rehabilitación cognitiva:

Los cuadernos de ejercicios y actividades trabajan con distintos niveles de dificultad, capacidades cognitivas como memoria, cálculo, atención, razonamiento, etc. Algunos de estos cuadernos pueden descargarse de manera gratuita a través de internet o adquirirse en librerías. En cualquier caso, es recomendable que un profesional oriente sobre el nivel de dificultad que más se ajusta a cada persona. Un nivel excesivamente difícil en el que no se saben resolver los ejercicios, puede fomentar sentimientos de inutilidad e ineficacia personal. Y un nivel demasiado fácil no permite trabajar las funciones mentales como se necesita para su rehabilitación.

Juegos de entrenamiento cerebral (brain training):

Las aplicaciones de brain training para dispositivos móviles, tabletas u ordenadores,

permiten el entrenamiento de las capacidades cognitivas deterioradas de forma dinámica, convirtiéndose en una herramienta con una doble funcionalidad, por un lado, permiten el entrenamiento cognitivo de las capacidades alteradas y, por otro, sirven como entretenimiento. Además, se puede elegir el nivel de dificultad de los ejercicios y, en las aplicaciones que lo incluyen, hacer el seguimiento del progreso comparándose con otros usuarios de la misma.

Neurotecnología para la rehabilitación cognitiva (neurofeedback):

En los últimos años están surgiendo avances tecnológicos para la estimulación cognitiva que surgen de otras disciplinas como la neurotecnología o las interfaces cerebro computador. Se están desarrollando nuevas tecnologías de medición de la actividad cerebral y modernos procedimientos de neurofeedback, con equipos muy fiables y que permiten individualizar las intervenciones a nivel de capacidad cerebral.

De esta forma se consiguen cambios neuroplásticos cuantificables en los que se sustentan las mejoras cognitivas en capacidades como la atención sostenida, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.

Realidad virtual (RV):

La realidad virtual (RV) es una herramienta terapéutica ampliamente utilizada en la rehabilitación cognitiva de pacientes con daño cerebral. En función de su grado de inmersividad, se puede diferenciar entre RV no inmersiva, semiinmersiva e inmersiva. Los estudios que valoran la utilidad de la RV se han centrado en las modalidades no inmersiva y semi inmersiva. Apenas se dispone de evidencias sobre la eficacia de la RV inmersiva.

La RV se articula a partir de cuatro características cardinales: inmersión, presencia, interactividad y verosimilitud. La inmersión es el aspecto que permite transmitir una ilusión de realidad al

sujeto (está vinculado a la tecnología que se utiliza para crear entornos de RV). La presencia hace referencia a la sensación de estar inmerso en un mundo virtual. La interactividad se define como la capacidad de interactuar con los elementos del entorno virtual. Finalmente, la verosimilitud comporta que la ilusión generada informáticamente sea fidedigna a la realidad.

Este tipo de experiencias, aunque no pueden acabar con la enfermedad sí que contribuyen a aumentar las capacidades intelectuales, retrasar la pérdida de memoria y mejorar la calidad de vida el paciente.

Referencias Bibliográficas

Bruna, O; Signo, S. y Molins, M. (2018). Intervención neuropsicológica en trastornos neurodegenerativos. Madrid: Síntesis.

Carazo, E. T. y Nadal Blanco, M.J. (2011). Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. Revista SEMERGEN. 27(11). 575-586.

Carretero, V.I y Mendoza Rebolledo, C. (2012). Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Centro de Alzheimer Fundación Reina Sofía. (pp.16-25).

Josephs, K.A., Hodges, J.R., Snowden, J.S., Mackenzie, I.R., Neumann, M., Mann, D.M., Dickson, D.W. (2011). Neuropathological background of phenotypical variability in frontotemporal dementia. Acta Neuropathol. 122(2). 137-153.

Zamarrón MD, Tárraga L, Fernández-Ballesteros R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. Psicothema, 20(3): 432-437



RESIGNIFICACIÓN DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL ADULTO MAYOR

Diana Carolina Gómez-Rueda / Trabajadora Social. UIS, Colombia. / Correo-e: trabajosocial@projectionlife.com.co

Vivimos inmersos en una sociedad variante y dinámica, en una época del consumo centrado en la belleza y el poder; la era de los avances tecnológicos y de un panorama demográfico que devela un futuro envejecido. Con una gran cantidad de tiempo libre por ocupar, los adultos mayores se encuentran en la búsqueda de estilos de vida, hábitos y formas diferentes de entender la recreación, así como el desarrollo de nuevas actividades de descanso.

El ocio como elemento sociocultural y derecho de todos los seres humanos, corresponde a un espacio vital que implica la cohesión social, la integración a la comunidad y el desarrollo integral. Con la pérdida de la edad productiva, la tercera edad debe enfrentarse a una gran cantidad de tiempo libre a disposición, a un panorama donde lamentablemente viven el rechazo por su improductividad laboral y experimentan el desplazamiento de algunos de sus espacios sociales como el trabajo, la iglesia, centros educativos, entre otros.

La experiencia de vida del adulto mayor, lo hace candidato a protagonizar procesos de participación y actividades de inversión del tiempo libre, destinados al descanso, diversión y a su desarrollo integral.

El ocio brinda a los adultos mayores la posibilidad del descanso destinado a la liberación de la fatiga y protección frente al desgaste físico y cognoscitivo asociados a sus patologías de base o derivadas propiamente al envejecimiento progresivo. El ocio como promotor de la diversión y mecanismo liberador del aburrimiento, permite un distanciamiento con la monotonía de la rutina.

Por otra parte, el ocio se encuentra vinculado al componente psicosocial, desde el incremento de la participación social, la construcción de actitudes, habilidades y destrezas para enfrentar el envejecimiento, el aprendizaje continuo y el acceso a conocimientos innovadores y creativos, que facilitan el desarrollo completo de la personalidad individual y social, se sitúa en un espacio y un tiempo que le posibilitan la identificación con una cultura, un estilo de vida y unos valores. El ocio constituye un modo de entender la vida.

Para identificar que actividades de ocio puede desempeñar el adulto mayor, es necesario conocer su deterioro físico y cognitivo e investigar con los profesionales de la salud, las limitaciones acordes con su condición de salud actual, con el fin adaptar las actividades a sus posibilidades psicomotrices y funcionales.

Dentro de la gama de actividades de ocio a disposición del adulto mayor, se encuentran:

Actividades relacionadas a fomentar su bienestar físico:

Deportes como la natación favorecen la energía y la vitalidad del adulto o implementar excursiones o caminatas, las cuales, contribuyen a preservar la masa muscular y mejorar la salud cardiovascular.

Actividades de carácter social o con dinámica de grupo:

Vinculación a clubes de la tercera edad, como coros, grupos deportivos o grupos voluntarios de la iglesia y actividades grupales terapéuticas como musicoterapia, risoterapia, etc.

Actividades prácticas o de pasatiempo en el hogar:

Desde el juego, el adulto mayor mejora la comunicación y fortalece sus mecanismos para relacionarse en equipo e individualmente. Algunos juegos recomendables son: el dominó, el bingo, juegos de memoria, etc. Por otra parte, se encuentran ejercicios prácticos como los trabajos manuales (dibujar, colorear, escribir, realizar artesanías...) que contribuyen al mantenimiento de su motricidad.

Actividades que refuercen la autoestima:

Relacionadas con el día a día del adulto mayor, fomentan la recuperación de su independencia, por ejemplo, contribuir a doblar sus prendas de vestir, aportar en la realización de preparaciones culinarias sencillas como lavar las verduras, poner los cubiertos en la mesa.

Actividades culturales: Asociadas a la lectura, música, teatro, cine, radio...

El reto como sociedad ante la promoción del ocio en el tiempo libre del adulto mayor, radica en el diseño, implementación y participación voluntaria en la resignificación de posibilidades reales que favorezcan otros estilos de vida para esta población; el objetivo es garantizar su calidad de vida del adulto y a su vez, potenciar desde el ocio, su bienestar físico, social y mental, de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades.

MEDICAMENTO DEL MES: ANSIOLÍTICOS, HIPNÓTICOS Y SEDANTES.



SAMIR VIDES ÁLVAREZ / Químicofarmaceutico@projectionlife.com.co / Químico Farmacéutico / Universidad del Atlántico

La gran mayoría de los medicamentos usados como hipnóticos o ansiolíticos son benzodiazepinas o medicamentos que actúan farmacológicamente como ellas. Fármacos más recientes como la Zopiclona o el Zolpidem, que no son químicamente benzodiazepinas, deben su efecto a actuar sobre los mismos receptores, y por tanto son equiparables a ellas bajo el punto de vista terapéutico, al menos como hipnóticos. Podemos decir con carácter general que, en la práctica clínica diaria, toda la acción hipnótica se ejerce en estos momentos vía los receptores de benzodiazepinas, y que lo mismo es cierto para la terapia ansiolítica.

Todas las benzodiazepinas tienen las mismas acciones farmacológicas (ansiolítica/hipnótica, relajante muscular y anticonvulsivante). Se han identificado tres tipos distintos de receptores de benzodiazepinas (BZ) y existen algunos medicamentos que tienen mayor afinidad para un tipo de receptor (el llamado γ , omega-1). El efecto hipnótico parece estar más específicamente relacionado con la acción agonista sobre los receptores benzodiazepínicos de tipo BZ1 u γ del complejo macromolecular ionóforo de cloruro, integrado con el receptor GABAA. La acción sobre este receptor es capaz de modular el funcionamiento de este complejo, potenciando la acción neuro inhibitoria del GABA. Parece existir una cierta selectividad relativa para este receptor en el caso de Zopiclona y zolpidem, y es más discutible en el Quazepam, que se transforma en un metabolito activo carente de especificidad. Así pues, a los efectos que interesan en este artículo, la acción ansiolítica y la hipnótica deben considerarse variaciones de intensidad de la misma acción farmacológica.

Todas las benzodiazepinas son ansiolíticas a dosis bajas e hipnóticas a dosis altas. Las diferencias fundamentales entre ellas son de tipo farmacocinético. Son las características farmacocinéticas (y la política comercial) las que determinan que unas benzodiazepinas estén etiquetadas como ansiolíticas y otras como hipnóticas. Todas pueden tener las dos aplicaciones,

aunque es más sencillo usar como hipnóticas las benzodiazepinas "ansiolíticas" que, a la inversa, no sólo por farmacocinética, sino porque las presentaciones comerciales vienen ajustadas a dosis de hipnóticos, usualmente superiores a las necesarias para terapia de la ansiedad. La tabla I relaciona las benzodiazepinas y medicamentos análogos comercializados.

Figuran marcados con un asterisco (*) las comercializadas como hipnóticas y se detallan las tres características farmacocinéticas más importantes: duración de acción, velocidad de absorción oral y producción de metabolitos activos a nivel hepático.

ACCION LARGA Y ACCION CORTA:

Hemos dividido los medicamentos de la Tabla I en acción larga y acción corta según la semivida plasmática eficaz sea superior o inferior a las 12 horas. En el cómputo de semivida plasmática hay que tener en cuenta la de los metabolitos activos, lo cual da lugar a grandes variaciones, según edad y funcionalismo hepático. El problema principal de las benzodiazepinas de acción larga es la acumulación con la administración repetida, con sus consecuencias de sedación excesiva, propensión a los accidentes, etc. En cambio, manifiestan en grado mínimo los efectos derivados de la privación o retirada (insomnio de rebote, ansiedad, reacciones de agresividad, síndrome de abstinencia), porque la lentitud de eliminación compensa en buena medida la suspensión brusca del tratamiento.

La evolución terapéutica puede definirse como el abandono de benzodiazepinas de acción larga en favor de las de acción corta (semivida de 10-12 horas para ansiolíticos, y de 4 a 6 horas para hipnóticos). Esto ha tenido el resultado de minimizar los cuadros de sedación y somnolencia residual, y también la importante ventaja de disminuir la variabilidad de la respuesta en ancianos, ya que son fármacos que no suelen sufrir biotransformación en otros productos activos.

En cambio, han adquirido prominencia los efectos adversos relacionados con los ascensos y descensos bruscos de niveles plasmáticos: insomnio y ansiedad de rebote, reacciones de agresividad, amnesia anterógrada, síndrome de retirada, etc. Buen ejemplo de ello es la polémica en torno al Triazolam, que ha sido restringido a una dosis de 0,12 mg. La selección de un tipo (largo o corto) de benzodiazepinas deben basarse en una evaluación de que tipo de riesgos (sedación o sintomatología de retirada) son más probables o menos perjudiciales en cada caso concreto.

DEPENDENCIA DE BENZODIAZEPINAS La posibilidad de un síndrome de abstinencia aumenta con la dosis y la duración del tratamiento. Como norma muy general, pueden producirse síntomas de abstinencia tras 6-8 meses de tratamiento con dosis terapéuticas usuales. Con dosis 2 a 5 veces las usuales, la sintomatología puede aparecer a las 2-3 semanas de tratamiento continuado. El cuadro de retirada se caracteriza por: ? Síntomas psicológicos de ansiedad (insomnio, irritabilidad, disforia). ? Síntomas somáticos de ansiedad (temblor, palpitaciones, vértigo, sudoración, espasmos musculares). ? Trastornos de la percepción (intolerancia al ruido y la luz, sensación de movimiento, sabor metálico). ? Insomnio de rebote en los hipnóticos de acción corta. La intensidad y duración de la sintomatología depende de la farmacocinética. En las benzodiazepinas de acción larga el cuadro es suave y dura varios días, en las de acción corta es intenso y breve.

Tabla I - Principales Benzodiazepinas y Análogos

Principio activo	Vida media plasmática eficaz (horas)	Metabolitos activos a nivel hepático	Velocidad de absorción oral
<i>Acción larga</i>			
Flurazepam	51-100	SI	Muy rápida
Clorazepato dipotásico	30-60	SI	Rápida
Quazepam	25-41	SI	Muy rápida
Diazepam	15-60	SI	Muy rápida
Medazepam	26-53	SI	Muy rápida
Halazepam	15-35	SI	Lenta
Nitrazepam	25-30	SI	Rápida
Clordiazepóxido	7-28	SI	Lenta
Flunitrazepam	15-24	No	Muy rápida
Camazepam	21-22	SI	Rápida
Clobazam	20	SI	-
Bromazepam	8-19	SI	Muy rápida
Pinazepam	15-17	SI	Muy rápida
<i>Acción corta</i>			
Alprazolam	11-13	No	Muy rápida
Lorazepam	12	No	Lenta
Lormetazepam	10	-	Muy rápida
Oxazepam	7-10	No	Lenta
Clofazepam	5-6	No	Muy rápida
Triazolam	2-4	No	Muy rápida
Midazolam	1-3	SI	Muy rápida
<i>Análogos</i>			
Zopiclona	5-6	No	Muy rápida
Zolpidem	2-5	No	Muy rápida

BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS:

Los ancianos tienen una propensión especial a los efectos secundarios de las benzodiazepinas por dos razones principales:

- Deficiencias en la biotransformación hepática, que provoca la acumulación. La semivida de ciertas benzodiazepinas (ej. flurazepam) pueden llegar a duplicarse.

- Mayor sensibilidad a la acción farmacológica: los ancianos experimentan a dosis más bajas tanto los efectos beneficiosos como los perjudiciales. Por consiguiente, hay dos reglas importantes en el tratamiento de pacientes geriátricos: 1) Seleccionar benzodiazepinas que no sufran biotransformación hepática y que no se acumulen. 2) Ajustar progresivamente la dosis. Una buena regla general es que la dosis en ancianos debe ser la mitad que la de los adultos jóvenes. Más específicamente pueden aplicarse las siguientes pautas posológicas:

- Alprazolam: 0,25-0,5 mg dos veces al día, incrementos de 0,25 mg.

- Lorazepam: 0,5 mg (1/2 tableta) 1-2 veces al día. Incrementos de 0,5 mg.

- Oxazepam: 10 a 30 mg dos veces al día. Incrementos de 10-15 mg.

- Triazolam: 0,125 mg como hipnótico. No incrementar la dosis.

La melatonina es una hormona sintetizada y secretada fisiológicamente por la glándula pineal, cuya producción es suprimida por la luz en el ser humano y otros animales mamíferos. El ciclo luz - oscuridad es el estímulo sincronizador principal.

La participación de la melatonina en el mantenimiento del ritmo circadiano y en la regulación del sueño está mediada esencialmente por dos receptores de alta afinidad para la melatonina (MT1: inducción sueño y MT2: sincronización reloj circadiano) presentes en el núcleo supraquiasmático (hipotálamo), la hipófisis anterior (pars tuberalis) y la retina. La melatonina se sintetiza y se secreta al inicio de la oscuridad, alcanzando su pico en mitad del periodo de sueño (entre 2 y 4 de la mañana) y gradualmente va descendiendo en la segunda mitad de la noche. La producción endógena de melatonina va paulatinamente reduciéndose con la edad, especialmente a partir de los 50 años. Se ha sugerido que el efecto hipnótico de la melatonina administrada exógenamente podría deberse una combinación de varios mecanismos:

Reducción de la temperatura corporal, modificación de los niveles cerebrales de neurotransmisores de tipo monoamina, normalización de los ritmos circadianos y efectos diversos sobre los receptores GABAA (potenciación en los localizados en el núcleo supraquiasmático e inhibición en los hipotalámicos).

Las benzodiazepinas y otros análogos agonistas del GABA, son eficaces inductores del sueño pero presentan un evidente riesgo de dependencia, así como de alteraciones cognitivas, psicomotrices y de la memoria, amén de incrementar el riesgo de caídas e incluso la tasa de mortalidad entre los pacientes de mayor edad; conviene recordar, asimismo, que las benzodiazepinas y sus "primos" zolpidem y zopiclona, pueden producir insomnio de rebote si se suspende bruscamente el tratamiento.

Los antihistamínicos son menos eficaces como hipnóticos y tampoco están exentos de estos riesgos, aunque en este caso la dependencia no parece ser un problema real; no se aconseja su uso continuo durante más de una semana y más bien se manejan como tratamiento de episodios puntuales de insomnio.

La valeriana actúa potenciando el efecto neuroinhibitorio del GABA, posiblemente inhibiendo su degradación, aumentando su liberación a los espacios sinápticos y/o disminuyendo su recaptación presináptica. Su eficacia hipnótica está menos cuantificada en términos clínicos que los anteriores y, además, puede incluir compuestos hepatotóxicos en el extracto, por lo que en pacientes con daño hepático debe utilizarse con precaución.

Por su parte, la melatonina presenta un perfil toxicológico manifiestamente benigno, sin problemas de dependencia o de insomnio de rebote tras la finalización del tratamiento. Es, por tanto, una alternativa a considerar en pacientes donde los anteriores fármacos puedan resultar problemáticos, pero sin perder de vista que la melatonina tiene un efecto hipnótico muy modesto, que puede requerir varios días de tratamiento hasta alcanzar una respuesta clínica significativa y que ésta solo llega a manifestarse en un tercio de los pacientes en los que se emplea (posiblemente en algunos más si se trata de pacientes con cuadros muy severos de insomnio), y ello siempre que sea en las condiciones de uso autorizadas.

Las dos características interesantes de un hipnótico son:

- Velocidad de absorción muy rápida.
- Tiempo de actuación entre 4 y 6 horas.

La velocidad de absorción muy rápida es imprescindible para que alcance rápidamente concentraciones terapéuticas en tejido cerebral y es por tanto un factor importante en los tipos de insomnio caracterizado por retraso en conciliar el sueño. Un compuesto con absorción más lenta (de la denominada rápida en la tabla I) puede ser útil en insomnio caracterizado por despertarse temprano. En estos casos retrasar la absorción es usualmente preferible a aumentar la duración de acción.

La duración de acción debe ajustarse al período natural de sueño. Si es demasiado corta (2-3 horas) puede ser insuficiente. Si demasiado larga (8 o más horas) hay que contar con un período de somnolencia residual al día siguiente.

En la tabla I, la duración de acción se relaciona con la semivida de eliminación, pero hay que tener presente que el efecto no depende de la concentración plasmática sino de la concentración en tejido cerebral. Puede ocurrir por tanto que un medicamento con permanencia plasmática larga tenga una acción hipnótica aprovechable si sufre un proceso de redistribución en el organismo que origine en pocas horas una disminución relativa de la concentración cerebral. Tal es el caso del flurazepam, del quazepam e incluso del diazepam (que es un hipnótico a dosis de 5-10 mg en adultos y 2,5 a 5 mg en ancianos). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos fármacos se comportan como hipnóticos de acción corta sólo si se administran de forma esporádica, ya que el régimen de administración diaria lleva casi inevitablemente a la acumulación de metabolitos activos. Por consiguiente el criterio de eliminación rápida del organismo es más fiable que el de redistribución si se quiere asegurar la ausencia de efecto residual.

Es importante tener en cuenta también en todas estas consideraciones farmacocinéticas que la dosis tiene un papel primordial. Un ajuste cuidadoso puede evitar muchos problemas de efectos secundarios



AREA DE REHABILITACIÓN - CASO DE ÉXITO

Equipo de Rehabilitación Ambulatoria Sede San Pío

El área rehabilitación desde su enfoque en Fisioterapia tiene dentro de sus objetivos restablecer las funciones básicas del individuo con una serie de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad que presentan algún tipo de condición de salud desfavorable.

La condición de salud se refiere a una enfermedad ya sea aguda o crónica, trastorno, anomalía congénita o predisposición genética lesión o trauma.

Caso de éxito desde rehabilitación Física

Paciente: Femenina de 78 años de edad

Diagnóstico: luxación recidivante de hombro

Cantidad de sesiones realizadas: 24/30 sesiones

Evaluación inicial

- Ha presentado luxación de hombro en tres oportunidades.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Se observa leve desplazamiento de la cabeza humeral derecha hacia delante de la cavidad glenoidea.
- Hendidura en región subacromial.
- Gran sensación de inestabilidad.
- Dolor y dificultad para flexionar y abducir el hombro.
- Apreensión para el movimiento de extensión de hombro a partir de la flexión. Lo desciende con ayuda del brazo contrario.
- Dificultad para actividades de aseo y vestido.
- No parestesias.
- Discinesia escapular.



Objetivos específicos

- Tratar de centrar la resultante de las fuerzas de los distintos grupos musculares en la cavidad glenoidea.
- Aumentar la fuerza de comprensión de esta resultante.

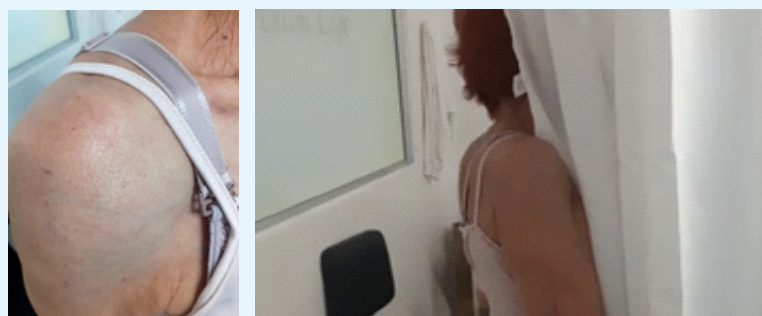
- Mejorar la eficacia y la eficiencia de la cuplas de la articulación glenohumeral a través de ejercicios de co-contracción, estabilización rítmica y control neuromuscular.
- Reeducar y fortalecer la musculatura estabilizadora de la escapula

Plan de tratamiento

- Calor
- TENS, electroestimulación
- Ultrasonido
- Ejercicio de coaptación
- Estabilización escapular
- Estabilización dinámica, control neuromuscular
- Propiocepción en cadena cinética cerrada
- Fortalecimiento del manguito rotador y musculatura escapular
- Estiramiento de estructuras retraídas.

Evaluación final

- No refiere sintomatología dolorosa.
- Mínimo desplazamiento de la cabeza humeral derecha hacia delante de la cavidad glenoidea y de hendidura en región subacromial.
- Percepción de hombro estable.
- No presenta apreensión al descender el brazo a partir de la flexión (180° - 0°). Esboza estabilización de cintura escapular derecha.



Recomendaciones

Aplique medios físicos si presenta zona dolorosa. En caso de frío (hielo), lubrique previamente la piel.

Masajee con pelota o rollo el área afectada

Ejercicio de coaptación

Propiocepción en cadena cinética cerrada con pelota (hace referencia en que la parte distal del brazo, es decir, la mano, está en un punto fijo)

Ejercicios de estabilización escapular: antepulsión de hombro, flexión de hombro con fijación escapular, abducción de hombro con fijación escapular. Fortalecimiento del manguito rotador y musculatura escapular.

PLAN DE AHORRO FAMILIAR : DE TU MENTE A TU BOLSILLO

Andersson Fabián Rodríguez Guerrero / Contador Público. Universidad Minuto de Dios/ EMAIL: contador.afrg10@gmail.com



Colombia está pasando en la actualidad por una etapa de expectativa frente a las decisiones en materia económica y financiera que adopte el nuevo gobierno, posicionado desde el pasado 7 de agosto. En medio de esta etapa y sin ánimo de tomar el rol de profeta, es menester de cada familia implementar estrategias y planes que les asegure un equilibrio financiero, no es tanto en razón de augurar un camino de austeridad, sino teniendo en cuenta, que no es sólo Colombia, la volatilidad económica está presente en la región y en el mundo.

Una herramienta clave constituye un plan de ahorro familia. Este elemento, además de brindar soporte, control y equilibrio a las finanzas, también permite alcanzar metas cuantificables en términos financieros como, por ejemplo, pagar un viaje al exterior, costear la educación superior de uno de los hijos, adquirir un vehículo de un modelo más reciente o financiar el emprendimiento de una idea de negocio.

Para la elaboración de un plan de ahorro familiar es importante observar las siguientes recomendaciones:

- **Establecer una meta familiar:**

Como se había mencionado, es importante identificar el destino del plan de ahorro, bien sea para invertir en viaje, vivienda, vehículo, educación, negocios, entre otros. Esta meta debe ser medible en términos de cumplimiento (porcentual) y cuantificable en dinero.

- **Definir la periodicidad y el tiempo del ahorro:**

En este punto se determina cada cuánto tiempo se

realizará la reserva de esos recursos, semanal, quincenal, mensual, semestral. Y así mismo, en cuánto tiempo se alcanzará la meta, dividiendo el valor del ahorro total proyectado entre el valor del ahorro periódico y convirtiéndolo al período trazado.

- **Definir el medio del ahorro:**

Con los avances tecnológicos y previendo conservar seguridad en la custodia de los recursos, se debe evitar a toda costa el uso de medios de antaño como las muy conocidas "alcancías de barro" o "los colchones de las camas". Hay medios más cómodos y seguros como las cuentas de ahorro y las cuentas móviles, las cuales, según las condiciones de cada entidad manejadora, pueden llegar a resultar gratuitas, muy organizadas y a un clic en tu celular.

- **Distribuir responsabilidades entre los miembros de la familia:**

En un plan de ahorro familiar es importante que todos contribuyan en cierta medida con su ejecución. Esta distribución se puede elaborar de manera igualitaria entre todos los miembros o de forma paulatina según el ingreso y la capacidad económica de cada miembro participante.

Para terminar, es importante efectuar evaluaciones y seguimientos periódicos al cumplimiento del plan de ahorro, adoptar plantillas de registro y control, bien sea a través de las hojas de cálculo de Excel o el uso de aplicaciones y programas gratuitos de presupuesto, identificando las posibles desviaciones para adoptar medidas correctivas. Y recuerde, "nadie puede tener éxito en la vida sin ahorrar. No hay excepciones a esa regla y nadie puede escaparse de ella" (Hill, Napoleón, s.f.).

PROGRAMA CLINICA DE HERIDAS - PROJECTION LIFE

Equipo de Rehabilitación Ambulatoria Sede San Pío

El programa de clínica de heridas de projection life, presta servicios de alta calidad en manejo de lesiones complejas (agudas o crónicas)- ostomias e incontinencia, así como todo lo relacionado con el cuidado de la piel. Cuenta con un equipo de enfermería entrenado y altamente capacitado para intervenir de manera oportuna y efectiva en el cuidado y protección de la piel de todos los usuarios.

Una clínica de heridas es un programa especializado en el cuidado integral de los pacientes con heridas ya sean agudas o crónicas. Tiene como objetivo principal el cuidado oportuno de lesiones complejas o de difícil manejo. Para lograr los objetivos planteados es necesario hacer partícipe al paciente y su familia en el tratamiento que se va a implementar, educando continuamente en temas relacionados con cuidados preventivos, así como del uso de tecnologías enfocadas a acortar los tiempos de permanencia en el programa.

El equipo de enfermería se encarga de llevar a cabo diferentes estrategias, una de ellas es la prevención en el ámbito domiciliario desde el programa "cuidado de la piel", en el que se brinda educación y seguimiento a los pacientes que tienen riesgo de presentar lesiones por presión (heridas producidas por permanecer mucho tiempo en reposo).

La población objeto se encuentra en los domicilios, en manejo de hospitalización domiciliaria o simplemente que requiera manejo por parte de clínica de heridas, allí es valorada por una enfermera profesional entrenada y altamente capacitada para el manejo de heridas- ostomias e incontinencia- posterior a la valoración se realiza un plan de tratamiento encaminado a la prevención y tratamiento de la lesión por LA CUAL SE REMITE AL PROGRAMA.

El cuidado de la piel es una parte esencial de la prevención de lesiones por presión (upp). Por este motivo, se debe realizar una valoración de la misma con el fin de establecer un plan de cuidados individualizado. La inspección sistemática de la piel en busca de signos de alarma, permite instaurar precozmente medidas de prevención que eviten la aparición de nuevas lesiones.

En las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (lescah), la etiología de las mismas es la humedad, en ocasiones estas se confunden con lesiones por presión, pero tienen entidad propia. sin embargo, la humedad en la piel de forma mantenida aumenta el riesgo de desarrollar upp en zonas sometidas a presión. Se debe valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel como: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudado de heridas entre otras.

Para minimizar el efecto de la presión como causa de upp, se recomienda considerar cuatro elementos: movilización,

cambios posturales, utilización de superficies especiales para el manejo de la presión y protección local ante la presión.

Tras valorar la movilidad del paciente es necesario elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente. Es muy importante aprovechar las posibilidades del paciente de moverse por sí mismo así:

- Proporcionar dispositivos para la deambulación en la medida de sus posibilidades (andador- bastón)
- En personas con movilidad comprometida, realizar ejercicios de movilización pasiva además de los cambios posturales, implicando a la familia en su realización.
- Si el paciente es portador de tubos, drenajes, sondas etc, fijarlos de modo que no interfieran en los movimientos.

Dentro de las medidas de prevención necesarias para el manejo de las distintas fuerzas de presión se encuentran los cambios posturales, ya que permiten reducir el tiempo y la cantidad de presión ejercida sobre las zonas más vulnerables del cuerpo. El cumplimiento de los cambios posturales es indispensable, salvo contraindicación, si queremos reducir el riesgo de desarrollar upp en pacientes con dependencia severa (inmovilizados) o con movilidad reducida.

Es importante que en la prevención participen, junto a los profesionales, los cuidadores principales y los propios pacientes, a los que es necesario recordar la importancia de realizar técnicas de alivio de presión de forma continua. Para prevenir la aparición de las lesiones por presión es prioritario dentro de los cuidados de los pacientes susceptibles de padecerlas, siendo indispensable para ello, la colaboración no solo de los profesionales sanitarios sino también del propio paciente y de sus cuidadores.

La prevención no solo reduce la incidencia y recurrencia y recurrencia de upp, sino que también disminuye el dolor y las complicaciones que de ellas pueden derivarse, así como la duración de los tratamientos y por ende el gasto sanitario. La educación forma parte de una de las estrategias tanto de la prevención como de tratamiento de las úlceras por presión, y favorece la implicación de paciente y cuidador en la planificación de los cuidados.

Es importante tener en cuenta las siguientes medidas para prevenir las lesiones por presión:

- Valoración integral del paciente
- Valoración y cuidados nutricionales
- Valoración y cuidados de la piel
- Control de la humedad
- Manejo de la presión
- Educación en autocuidado y signos de alarma.

LA PRODUCTIVIDAD

Diana Carolina Quintero Sanabria / Psicóloga / Profesional De Desarrollo Organizacional



"Las personas diseñan y operan equipos e instalaciones; conciben e implantan métodos y procedimientos; venden el producto o servicio que producen o proporcionan. Todas estas cosas y más, pero con distintos grados de efectividad, las llevan a cabo las personas. Las personas representan el factor clave del mejoramiento de la productividad". (Bain, 1985)

Si queremos hablar de productividad, debemos hablar de personas es por esto que en este artículo veremos como en las empresas independientemente de su actividad económica se debe ver el recurso humano como uno de los mas importantes, porque si se quiere llegar a ser competitivo en el mercado, esto no podrá ser posible si no se tiene una alta productividad, por lo tanto, hay que tener un uso eficiente y oportuno de los recursos para poder producir un buen servicio. Para poder aumentar la productividad en una empresa es importante que se entienda la naturaleza de las personas que hacen parte de ella. Ahora bien, debemos tener en cuenta tres supuestos que toda persona tiene los cuales son: La individualidad, el comportamiento motivado y la dignidad humana.

Individualidad: Cada persona es diferente, por esto se debe comprender que cada uno tiene características y habilidades distintas, que se deben tratar de manera adecuada basándose en su personalidad y destrezas.

Comportamiento motivado: Es necesario realizar un acompañamiento continuo promoviendo la satisfacción laboral y el cumplimiento de metas de cada uno de los trabajadores para que se incremente la motivación.

Dignidad humana: A todos se debe tratar con respeto, transparencia y dignidad independientemente de las labores que realicen.

Lograr trabajar en estos tres aspectos, llevara a que el trabajador se sienta valorado por el servicio prestado, teniendo en cuenta que no solo es con remuneración salarial que se incentiva al personal, sino con el reconocimiento por la importancia de su labor prestada, logrando que las condiciones laborales sean óptimas para el ejercicio de su labor, lo cual se verá reflejado en los niveles esperados de productividad. Ahora, se debe tener en cuenta que el sector salud presenta unas condiciones que no se ven en otros sectores, Según Hernández, Quintana, Guedes, Mederos y Sablón (2006, pp.37-57) citado por Bernal, Pedraza y Sánchez (2014, p 9), el sector salud se enfrenta a diversos retos como lo son el logro de eficiencia, eficacia, calidad y equidad en la prestación de los servicios, la implementación de la mejora continua, la gestión de procesos, la asistencia centrada en el paciente, por mencionar algunos. Esta problemática, se da principalmente porque este sector se encuentra compuesto por diferentes tipos de profesionales, los cuales tienen objetivos diferentes.

Es por esto que en Projection Life, desde la dirección y el área de talento humano se tiene una ardua tarea para plantear objetivos organizacionales que apunten a la mejora de la productividad, esperamos lograrlo trabajando en aspectos como:

- Crear una cultura organizacional fomentando los valores corporativos, tal como lo dicen Velásquez, Núñez, & Rodríguez (2010) mencionan que es importante para la mejora de la productividad que se fomenten los valores organizacionales, ya que estos son la clave para que el desempeño de los empleados pueda darse de una manera organizada y transparente, le tengan amor a lo que hacen y se desenvuelvan de manera correcta tanto colectiva como individualmente sintiéndose a gusto en el lugar en donde están.
- Lograr el buen uso de los recursos, fortaleciendo el nivel de desempeño de los trabajadores por medio del desarrollo de capacitaciones que busquen obtener el máximo rendimiento de los conocimientos y amplíen la experiencia de los mismos.
- Por último, pero no menos importante, mantener a todo el recurso humano motivado y lograr de esta manera una identificación con las metas empresariales y el crecimiento de esta gran empresa.

Referencias bibliográficas:

Bain, D. (1985). Productividad: la solución a los problemas de la empresa. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.
Velásquez, Y., Nuñez, M., & Rodríguez, C. (2010). Estrategias para el mejoramiento de la productividad. Arequipa.

RECONOCIENDO EL ENVEJECIMIENTO COMO UN PROCESO NATURAL

Alejandra Palacio Sanguino Médica Especialista en Geriátrica-PUJ



La Geriátrica me ha permitido explorar múltiples escenarios donde se desarrollan e integran diferentes particularidades del envejecimiento y la vejez, escenarios que varían de manera amplia según las características sociales, económicas, creencias religiosas/ espirituales y múltiples factores más, que juegan un papel fundamental en la comprensión de este fenómeno Universal.

El envejecimiento es un proceso natural que cada ser vivo experimenta día a día, generando nuevos retos y desafíos ante los cambios o ajustes físicos, mentales, sociales y económicos que cada escenario de envejecimiento conlleva.

Envejecer no es sinónimo de enfermedad, ni condiciona pérdida de las funciones normales; Por su puesto, hay cambios, pero ninguno de estos es suficiente o implica condiciones patológicas por sí mismo, es por ello que este debe ser entendido como un proceso natural que genera variaciones, pero también oportunidades y transformaciones a nivel multidimensional, generando con ellos grandes aportes no solo a nivel personal, trasciende a un núcleo familiar y a toda una sociedad que se enriquece de la permanencia, experiencias, conocimiento y habilidades.

Se describen diferentes tipos de envejecimiento donde encontramos el envejecer de manera saludable como aquel que se logra cuando estamos libres de enfermedades y mantenemos nuestra funcionalidad en la vida cotidiana, social y muchos casos en nuestra vida laboral, también describimos el envejecimiento exitoso cuando a pesar de existir enfermedades, estas logran ser compensadas, sin comprometer los pilares más importantes del envejecimiento de cualquier ser humano, que son la calidad de vida y la funcionalidad, sin embargo, también se describe el envejecimiento no exitoso.

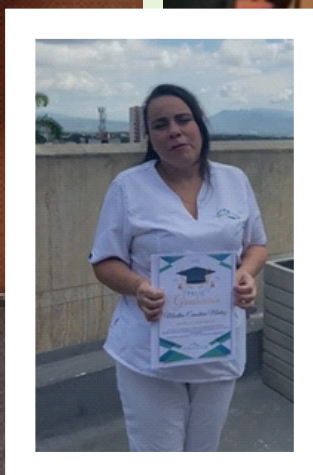
Cuando este no se logra de manera apropiada, condicionando enfermedad y discapacidad, con gran compromiso de la calidad de vida, creando escenarios de sufrimiento a nivel personal y familiar.

Para lograr un envejecimiento saludable y activo, es fundamental acompañar nuestra vida día a día de hábitos de vida saludable, sin olvidar, que no son solo los aspectos físicos los que importan, dado que somos seres llenos de emociones, sentimientos y múltiples aspectos que nos caracterizan como personas únicas y maravillosas que se desarrollan en un entorno particular; La relación sana de cada uno de estos aspectos son los que lograrán generar un envejecimiento apropiado, con vidas activas y funcionales a una sociedad.

Desde la Geriátrica se exploran cada uno de estos aspectos, no solo desde el manejo una enfermedad, si no, desde la prevención de estas y también cualquier condición desafortunada que pueda presentarse al envejecer, permitiendo a la persona mayor ser la principal tomadora y direccionadora de las intervenciones necesarias, respetando su integridad y aspectos fundamentales de su dignidad.

GENTE QUE SE DESTACA : CASO DE ÉXITO

PRIMER AGENTE EN SALUD PÚBLICA CERTIFICADA



“ Mi nombre es Martha Muñoz, actualmente tengo tres años como cuidadora en Projection Life, la Empresa que me há dado la oportunidad de seguir adelante, crecer y ser una persona mejor, tanto para la Empresa como para mi familia. Actualmente soy cuidadora y con ese logro puedo surgir un poco más y obtener otros logros...”



El cuerpo Directivo de Projection Life Colombia S.A hace un reconocimiento especial a nuestra funcionaria **Martha Ernestina Muñoz** quien acaba de recibir su certificación como AGENTE EN SALUD PÚBLICA, otorgada por la Secretaria de Salud y Ambiente de la Alcaldía de Bucaramanga. Martha trabaja en nuestra Compañía desde hace 3 años y con su dedicación y esfuerzo logro culminar el programa; felicitaciones para nuestra funcionaria y le deseamos muchos éxitos en el desempeño de su labor.

MOSAICO INSTITUCIONAL

AREAS DE SOPORTE Y SERVICIOS



Projection Life
Colombia s.a

Celebrando el día mundial del **ALZHEIMER**





Segunda Promoción DRENAJE LINFÁTICO



Celebración de CUMPLEAÑOS

Projection Life

Colombia S.A.

otros cursos y eventos



Interiorización de VALORES PLC



Reconocimiento a CUIDADORES



Feria de Ulez

Participación de Funcionarios de PLC



Projection Life
Colombia s.a



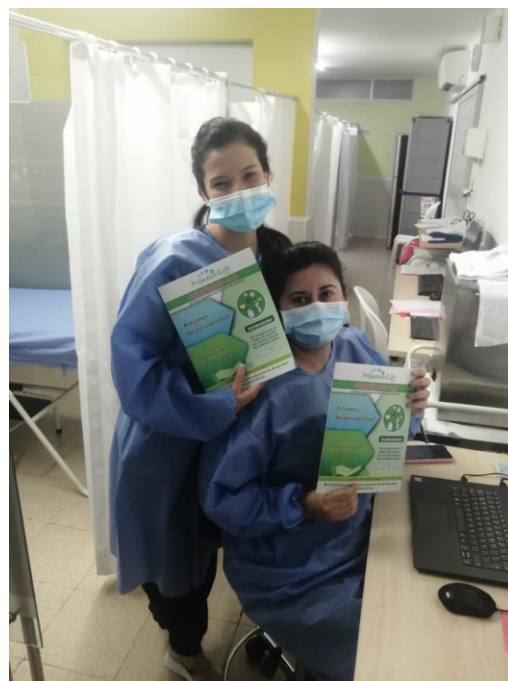
Projection Life

Colombia s.a

Recurso humano al servicio del paciente



JEFE CONSTANZA Y SU EQUIPO



EQUIPO ASISTENCIAL



EL niño
Damian Stiven
Diaz Saavedra

*del Programa de Atencion
Domiciliaria de Piedecuesta*

concurso en

**TU TALENTO
POR EL ALZHEIMER**



“ Una persona con Alzheimer ,
vive en un presente
donde las cosas desaparecen,
las explicaciones se olvidan
y las conversaciones carecen
de sentido, y es ahí donde
EL AMOR
es la única alternativa”

Día Mundial
DEL
ALZHEIMER
21 DE SEPTIEMBRE



Projection Life
Colombia s.a