

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

*ABORDAJE GERONTOLÓGICO PARA LA PREVENCIÓN DEL
SÍNDROME DE LAS PERSONAS CUIDADORAS CANSADAS
DIRIGIDA A CUIDADORAS DE PERSONAS ADULTAS
MAYORES. HOSPITAL DR. MAXIMILIANO PERALTA JIMÉNEZ
2014-2015.*

*Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología para optar
al grado y título de Maestría Profesional en Gerontología*

MARCIA LEIVA CHACÓN

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

2018

DEDICATORIA

A Papá, a Papi y a Mami

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi familia quien me ha acompañado durante todo este proceso formativo, en especial a mis padres, mis hermanos, mis sobrinos, mi esposo y mi abuelita, la principal fuente de mi inspiración.

A Karlita por haberme casi que obligado a matricularme en este sueño que se convierte en realidad, por su apoyo y amistad a lo largo de estos 13 años, te quiero loquilla.

A mis "rechas" Pao, Karla, Marilyn y Kathy, porque una de las bendiciones más grandes de la Maestría han sido ustedes, su cariño y amistad sincera, sin condiciones y apoyo a pesar de las distancias.

A mis profesores y profesoras, en especial a quienes han creído en mis capacidades y me han impulsado, presionado y motivado para concluir esta nueva experiencia académica y profesional.

A doña Lilliana, quien ha tenido más paciencia de la imaginada y me ha guiado desde el inicio de este proceso de investigación hasta su culminación, no hay palabras que alcancen a expresar toda la gratitud.

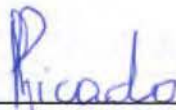
Y finalmente, a mi persona, por mi perseverancia y aunque en momentos dudé, y estuve a punto de rendirme, me mantuve fuerte y luché por alcanzar una meta más.

Gracias

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Gerontología”



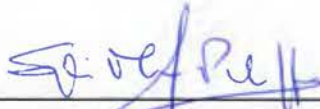
M.Sc. Mabelle Granados Hernández
**Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado**



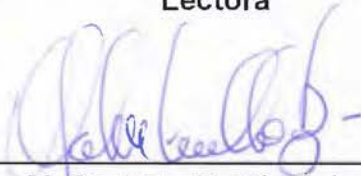
M.Sc. Lillyana Picado Espinoza
Profesora Guía



Magíster Isela Corrales Mejías
Lectora



M.Sc. Sylvia Mesa Peluffo
Lectora



M. Sc. Olga Murillo Bolaños
**Representante de la Directora
Programa de Posgrado en Gerontología**



Marcia Leiva Chacón
Sustentante

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE	v
RESUMEN.....	viii
CAPITULO I. Introducción	1
1.1. Antecedentes.	1
1.1.1 A nivel internacional.....	1
1.1.2 A nivel nacional:.....	5
1.1.3 A manera de síntesis	9
1.2. Justificación.....	11
1.3. Planteamiento y formulación del problema de investigación.....	15
1.4. Objetivos.	17
1.4.1. General.....	17
1.4.2. Específicos.....	18
1.5. Alcances, Delimitaciones y Limitaciones.....	18
1.5.1. Alcances	18
1.5.2. Delimitaciones:.....	19
1.5.3. Limitaciones	19
CAPITULO II. Marco teórico-conceptual.....	21
2.1. Proceso de envejecimiento	21
2.1.1. Envejecimiento.....	21
2.1.2. Adultez Mayor.....	22
2.1.3. Envejecimiento activo	24
2.2. Redes sociales de apoyo	25
2.2.1. Cuidadores y cuidadoras	28
2.2.2. Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.....	31
2.3. Política pública	34
2.3.1. Políticas sociales	35
2.3.2. Políticas nacionales y planes institucionales dirigidos a la población adulta mayor	37
2.4. Gerontología.....	39
2.4.1. Generalidades.....	39
2.4.2. El rol del o la profesional en Gerontología	40
2.5. La Andragogía o Educación para personas adultas.....	42
CAPITULO III. Marco Contextual.....	45
3.1. La provincia de Cartago	45
3.2. Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez	47
3.3. Trabajo Social en la Caja Costarricense de Seguro Social	48

CAPITULO IV. Marco Metodológico	50
4.1. Paradigma, enfoque y metodología de investigación	50
4.2. Personas participantes	52
4.3. Encuadre metodológico	53
4.3.1. Diagnóstico	53
4.3.2. Ejecución de la propuesta	53
4.3.3. Evaluación	54
4.3.4. Devolución de los resultados	54
4.4. Instrumentos y técnicas de recolección de la información	54
4.4.1. Instrumentos para la recolección de datos.....	54
4.4.2. Técnicas para la recolección de datos	55
4.4.3. Técnicas para el análisis de la información.....	56
a) La Sistematización	56
b) La Triangulación	60
c) El Análisis de Contenido.....	60
4.4.4. Técnicas para el desarrollo y evaluación de la propuesta de abordaje gerontológico.....	61
CAPITULO V. Reconstrucción de la experiencia.....	64
5.1. Cronograma	64
5.2. Contacto Inicial.....	65
5.3. Diseño Instruccional	67
5.3.1. Introducción al programa	68
5.3.2. Descripción del programa	69
5.3.3. Justificación	70
5.3.4. Objetivo general.....	70
5.3.5. Objetivos específicos	70
5.3.6. Unidades de la propuesta de abordaje gerontológico	71
5.3.7. Descripción de las unidades y las sesiones.....	73
5.3.8. Divulgación	92
5.3.9. Metodología	92
5.3.10. Evaluación	92
5.4. Análisis de las sesiones	93
5.5. Reflexión y análisis del proceso grupal	138
5.6. Sobre el programa gerontológico	140
5.7. Reflexión y análisis de la experiencia.....	141
CAPITULO VI. Desde La Gerontología	142
6.1. Reflexión de fondo	142
6.2. Enfoque Gerontológico del programa.....	144
6.3. Rol de la gerontóloga en el programa	145
6.4. La labor del gerontólogo y la gerontóloga en la sociedad actual.....	147
CAPITULO VII. Conclusiones y Recomendaciones.....	149

7.1. Conclusiones.....	149
7.2. Recomendaciones.....	153
BIBLIOGRAFÍA.....	155
ANEXOS.....	166
Anexo N°1. Ficha de Registro	167
Anexo N° 2. Diario de Campo.....	168
Anexo N° 3. Plan de Sesión Diagnóstica.....	169
Anexo N° 4. Consentimiento Informado.....	172
Anexo N° 5. Lluvia de ideas.....	177
Anexo N° 6. Árbol de Problemas	178
Anexo N°7. Guía de Observación Participante.....	179
Anexo N°8. Historia de Personas Adultas Mayores.....	180
Anexo N°9. Reglas construidas por el grupo	183
Anexo N°10. Figuras de Hombre y Mujer	184
Anexo N°11. Frases: Sexo y Género.....	186
Anexo N°12. Material educativo	187
Anexo N°13 Lectura “Ella y los hombres”	188
Anexo N°14. Ciclo de la Violencia Intrafamiliar.....	190
Anexo N° 15. Juego de mesa tamaño real	191
Anexo N°16. Técnica: “Y tú qué harías?”	194
Anexo N°17. Técnica: Las Tres Erres.....	195
Anexo N°18. Técnica: La Tortuga, El Dragón y La Persona.....	196
Anexo N°19. Test estilo de conducta.....	197
Anexo N°20. Guía para organizar y pensar la conducta asertiva.	199
Anexo N°21. Evaluación final del proceso grupal.	201

RESUMEN

El crecimiento de la cantidad de población adulta mayor, el aumento de la esperanza de vida al nacer y algunas de las condiciones de discapacidad que enfrenta esta población demandan a las familias, la comunidad, la sociedad civil y al Estado, tanto la atención y cuidado de estas personas, así como nuevas alternativas para satisfacer las diferentes necesidades que surgen, ante un sector poblacional cada vez más grande y diverso.

Es por esta razón que se construye una Propuesta de Abordaje Gerontológico para la Prevención del Síndrome de las personas cuidadoras cansadas, dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores atendidas en el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez; con la finalidad de generar estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras y por ende la de las personas adultas mayores.

La presente Propuesta se fundamenta en el paradigma materialista histórico, el enfoque cualitativo y la metodología de la investigación-acción; a partir del diagnóstico realizado se identifican necesidades e intereses de las personas cuidadoras participantes relacionadas con la falta de apoyo familiar, los problemas en la comunicación, la ausencia de tiempo para actividades de descanso, recreación o realización personal; aspectos que se abordan durante la ejecución de ocho sesiones grupales, en las cuales se abordan como ejes temáticos en la presente propuesta de Abordaje Gerontológico.

A partir de la ejecución de la investigación aplicada se logra identificar que las cuidadoras de personas adultas mayores alcanzan cumplir a lo largo del proceso grupal con los objetivos planteados para cada unidad temática, así como incorporar las nociones teóricas abordadas.

CAPITULO I

Introducción

1.1. Antecedentes.

Como primer momento en esta investigación se lleva a cabo una revisión de los antecedentes relacionados con las temáticas del cuidado, las y los cuidadores, las personas adultas mayores y las expresiones del Síndrome de la o el Cuidador Cansado del año 2004 en adelante.

Por esta razón, se destacan a continuación los aportes de cada una de las y los autores consultados –tanto a nivel internacional como nacional– brindan a la presente investigación.

1.1.1 A nivel internacional

Las y los autores Ballester, Juvinyà, Brugada, Doltra, y Domingo (2013) en su artículo “Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental” publicado en la Revista Presencia, España; definen como objetivo:

Realizar un perfil del cuidador informal y correlacionar la carga del cuidado con las alteraciones en los sujetos cuidadores; y detectar factores de riesgo que permitan llevar a cabo intervenciones (...) para disminuir las alteraciones en los cuidadores informales (p 1).

Como resultado Ballester et al. (2013) identifican cambios en los estilos de vida como la disminución del tiempo libre; así como afectaciones en las relaciones sociales, laborales, familiares y sentimentales. Estas modificaciones señaladas, se encuentran asociadas con factores de riesgo que propician el desarrollo de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad.

Sin embargo, estos cambios y su respectivo riesgo –desde la perspectiva de Ballester et al. (2013)- pueden ser disminuidos al intervenir con la persona cuidada, la cuidadora y la familia de una forma “holística”.

De ahí que el desarrollar procesos de intervención con las personas cuidadoras que puedan presentar dichos trastornos en sus vidas, producto de ser el principal recurso de cuidado de terceros y terceras, se identifica como una acción importante para prevenir condiciones de salud con mayor complejidad e impacto en la vida de éstas.

Por su parte, Benavides, Paternina, Suárez, y Villanueva (2012) en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería “Impacto biopsicosocial en cuidadores con familiares en estado crónico dependiente, Cartagena 2013” plantean que la tarea de cuidar a otros y otras afecta a las personas cuidadoras en múltiples planos de sus vidas, principalmente, generando consecuencias negativas, sin embargo cada persona lo enfrenta de manera diferente en función de otros aspectos, como las condiciones de la persona que cuida, la familia, la comunidad, los recursos y servicios de apoyo, entre otros.

Razón por la cual se considera que al desarrollar acciones que funcionen como factores protectores, el impacto que el dedicarse al cuidado puede generar mayores efectos positivos que negativos en una persona.

En el año 2011 Canga, Naval y Vivar publican en la Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Pamplona, España el artículo “Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar”, con el objetivo de reflexionar en torno a la forma en que se puede mejorar la atención y asistencia a las personas adultas mayores dependientes y a sus familias, por medio de un enfoque integrado de cuidador y cuidadora.

Algunos de los aportes que señalan Canga et al (2011) se dirigen a remarcar la falta de atención social y en salud de las necesidades asistenciales de las personas adultas mayores dependientes, las cuales son satisfechas desde el cuidado informal. Refieren que los servicios de salud y

sociales se encargan de atender a la persona y obvian las necesidades que la familia como cuidadora posee, limitando sus intervenciones a motivarla para que permanezca en su papel de cuidadora. Por lo que recomiendan propiciar que el sistema de apoyo informal se mantenga y reproduzca, en tanto se deben desarrollar políticas que busquen su protección mediante la creación de servicios que brinden sostén a la familia cuidadora (Canga et al, 2011).

De ahí que se considere que las intervenciones desde el ámbito profesional de la Gerontología deben contemplar las necesidades tanto de las personas adultas mayores dependientes, como de las familias que las cuidan.

En su trabajo de grado para optar por el título de Enfermera, denominado "Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de su familia en la localidad de Fontibón: Bogotá D.C.", Castro, Solórzano, y Vega (2009), realizan una investigación con las y los cuidadores y las familias de personas en condición de discapacidad, donde identifican una serie de necesidades de cuidado, que podría ser atendidas fácilmente pero que no son expresadas, y que al buscar alternativas para satisfacerlas generarían mejores condiciones en el estado de salud físico, emocional y social de quien labora en actividades de cuidado.

Con esta investigación las autoras colocan el acercamiento a la realidad de las personas cuidadoras como un aspecto medular para desarrollar procesos de atención e intervención en la realidad y mejorar su calidad de vida. Por lo que se identifica como un aporte para el proceso de diagnóstico que se pretende desarrollar.

Asesina, Batthyány y Brunet realizaron en el año 2007 una investigación denominada "Género y Cuidados Familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo?", del Departamento de Sociología del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Uruguay. Su objetivo es identificar las diversas estrategias que se

implementan para atender y cuidar a esta población, considerando las condiciones socioeconómicas del grupo familiar y las "(...) concepciones en torno al tema del cuidado" (p 4).

Uno de los principales aportes de este estudio para la presente investigación se encuentra asociado a que las y los autores señalan que, en su mayoría, las personas adultas mayores dependientes son atendidas mediante el llamado "apoyo informal", que reciben de personas con las que mantienen relaciones de afectividad y donde el o la cuidadora no cuenta con la formación profesional para brindarlo; generalmente son mujeres; a quienes su labor no se les reconoce e invisibiliza, al punto de ver el cuidado como una más de las tareas que "le corresponde" realizar. Lo que -según Asesina et al. (2007)- incide en la calidad de vida de las cuidadoras, reproduce la falta de reconocimiento del cuidado y disminuye el apoyo a dicha labor. De esta forma se decide laborar con cuidadoras de personas adultas mayores, al ser estas la principal figura de apoyo informal con que cuenta esta población.

Por su parte, Rojas, en el año 2007, publica su artículo "Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot", en la Revista Avances en Enfermería, Colombia.

Entre los principales hallazgos que Rojas (2007) identifica, al igual que Asesina et al. (2007), es que el cuidado está ligado al género femenino; pero que en su mayoría son cuidadoras principales únicas; por lo que requieren de una red de apoyo familiar activa consciente de las necesidades de la persona cuidadora, la cual con el tiempo se desgasta y va perdiendo cualidades para el cuidado.

La autora propone el desarrollo de grupos para el fortalecimiento de redes de apoyo de la persona adulta mayor y de su cuidador o cuidadora, con el objetivo de prevenir que se debiliten las habilidades de cuidado de las personas cuidadoras e indirectamente se vea en detrimento el estado de salud integral de las personas adultas mayores dependientes.

De esta forma se identifica la necesidad de desarrollar procesos de intervención y abordaje propiamente con las cuidadoras de personas adultas mayores.

Domínguez, Sotelo y Vera en el año 2006 publican en la Revista Intercontinental de Psicología y Educación de México un artículo -sobre una investigación realizada- denominada "Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores", cuyo fin era estudiar la relación entre el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores y la forma en que se enfrenta el cuidado, se percibe el apoyo social y las diferentes variables sociodemográficas. Su principal resultado hace referencia a que las personas adultas mayores que perciben niveles más altos de bienestar subjetivo son quienes cuentan con un mayor apoyo de su comunidad y su familia.

Por lo que al abordar desde una perspectiva gerontológica a las personas cuidadoras, se obtendrían beneficios para quien participe del proceso, e indirectamente se beneficiará la persona adulta mayor que requiere cuidado y atención.

1.1.2 A nivel nacional:

Las autoras Chaves, Retana y Soto, en la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, para el año 2011 presentan su Informe Final de Práctica Dirigida para optar por el grado de académico de Licenciatura en Enfermería, con el título: "Guía Didáctica sobre el cuidado Básico de la persona adulta mayor con síndrome de inmovilización grado I o II, dirigida a cuidadores y cuidadoras, de abril del año 2010 a abril del año 2011". El objetivo general de este trabajo es crear una guía didáctica sobre el cuidado básico de esta población, inscrito como parte del Proyecto No. 421-A9-119 "Innovación didáctica para el desarrollo de experiencias de aprendizaje en Enfermería", de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica. Para construir dicha guía se elabora un diagnóstico de las necesidades

de cuidado desde la perspectiva de profesionales en Enfermería y de cuidadores y cuidadoras.

Como principales conclusiones las autoras destacan que las personas cuidadoras no cuentan con material educativo que “(...) *guíe su quehacer (...)*” (Chaves et al, 2011: 117), dado que en su mayoría se desarrolla un cuidado informal o “(...) *empírico (...)*” (p 118), lo que puede propiciar que se desarrollen prácticas perjudiciales para la persona adulta mayor que se encuentra siendo atendida.

Además, rescatan la importancia de partir de las características, necesidades y particularidades de las personas cuidadoras, para la elaboración de una guía didáctica que brinde los conocimientos necesarios para la adecuada atención y cuidado de una persona adulta mayor con síndrome de inmovilización grado I o II.

Por esta razón, si se pretende desarrollar un proceso de abordaje gerontológico con las personas cuidadoras de personas adultas mayores, se considera medular llevar a cabo un diagnóstico de las necesidades de la población con la cual se trabajará. Esto con el fin de adecuarlo a las características, condiciones y particularidades de las personas participantes; así como de las situaciones familiares que enfrentan.

En el artículo de Sevilla (2010) “La intervención gerontológica con personas cuidadoras de personas adultas mayores” publicado en la Revista Anales en Gerontología N° 6, la autora tiene como finalidad comprender las principales características de las y los cuidadores, las habilidades que debe poseer una persona profesional en Gerontología, así como determinar el método a utilizar para intervenir con esta población.

Entre los hallazgos la autora identifica que las personas cuidadoras desarrollan una relación directa con las personas adultas mayores y le brindan apoyo en diferentes esferas de su vida, no sólo en las actividades de la vida diaria. Dichas relaciones pueden deberse o no a la existencia de lazos consanguíneos, pero sí señala que el perfil de la y el cuidador apunta a

una feminización del rol de cuidado, a causa de diferentes factores culturales y sociales existentes en Costa Rica.

Con respecto al papel y la intervención que el o la profesional en Gerontología debe llevar a cabo, Sevilla (2010) hace énfasis en que si bien los conocimientos académicos y formales son importantes, se debe contar con habilidades y destrezas personales que le faciliten la inserción “(...) *en la dinámica de cuidados (...)*” (p 120); con el fin último de propiciar un empoderamiento del (la) cuidador(a) y motivar a la persona adulta mayor a mantener su autonomía.

De esta forma, se obtiene un referente sobre el rol que como profesional en Gerontología se debe jugar en un proceso de intervención en la realidad de la población con la que se mantiene contacto, de tal manera que brinda lineamientos generales para desarrollar ese papel.

En el 2010 Steele, en su tesis para optar por el grado de especialista en Psiquiatría del Sistema de Estudios de Posgrados de la Universidad de Costa Rica, titulada “Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009”, realiza una investigación para conocer las características y condiciones que prevalecen en las personas cuidadoras de esta población.

Si bien la población receptora de cuidado es diferente, y los hallazgos obtenidos en la investigación no resultan propiamente vinculantes con el cuidado de personas adultas mayores; el aporte que esta investigación brinda se encuentra relacionado con las categorías teóricas construidas por el autor como el cuidado, cuidador y cuidadora, y sobrecarga en el cuidado, pues se identifican como bases de referencia.

Las autoras Obando, Rodríguez y Villegas, en la Sede de Occidente de la Universidad de Costa Rica, para el año 2009 presentan su investigación “Construcción de una estrategia de intervención desde Trabajo Social, a partir de la situación social de las y los cuidadores de Personas

Adultas Mayores (en condición de dependencia), en el Área Rural del cantón de San Ramón Alajuela”, para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social.

El objetivo de este Seminario de Graduación es:

Construir una estrategia de intervención desde Trabajo Social, dirigida al Área de Salud de San Ramón, para dar respuesta a la situación social de las cuidadoras y los cuidadores de Personas Adultas Mayores en condición de dependencia, residentes en el área rural del Cantón de San Ramón (Obando et al, 2009: 15)

Sobre sus principales hallazgos Obando et al. (2009) señalan que las personas cuidadoras obvian la defensa y cumplimiento de sus derechos, su bienestar físico y mental, así como sus necesidades personales; ante su rol de cuidador o cuidadora. De esta forma se invisibiliza su condición de ser humano y se limita su capacidad para desarrollar su propio proyecto de vida y autocuidado. Por tanto, son percibidos como “(...) sujetos prestadores de servicios (...)” (p 214), sin una remuneración real y a quienes se les niega el disfrute de sus derechos.

Asimismo, las autoras identifican la necesidad de activar las redes de apoyo sociales (familiares, comunales, institucionales), para brindar mejor calidad de vida a las personas cuidadoras, porque observan que la mayoría de las y los cuidadores “(...) se encuentran estresados(as), tristes, deprimidos(as), frustrados(as), como consecuencia del recargo de labores que realizan (...)” (p 210).

Se evidencia así la importancia de desarrollar procesos de intervención y abordaje gerontológico con las personas cuidadoras, como un medio para prevenir las múltiples manifestaciones del denominado Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, que afecta principalmente a quienes se recargan en las tareas de cuidado.

Por otra parte, Ugalde, con su Trabajo Final de Investigación Aplicada para optar por el grado de Magíster en Gerontología presentado en el año 2007 en la Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, “Programa de Entrenamiento Gerontológico para Cuidadores(as) de Personas Adultas Mayores del Centro Diurno La Casa Sol. Escazú”; pretende:

Establecer un programa de entrenamiento gerontológico para los cuidadores y las cuidadoras de personas adultas mayores del Centro Diurno La Casa Sol en Escazú, con el fin de que ofrezcan una atención de calidad que beneficie a las personas usuarias de los servicios del Centro (p 5).

Entre las principales conclusiones a las cuales llega la autora, a partir de la puesta en práctica del programa de entrenamiento propuesto, se destaca la importancia de satisfacer las necesidades de capacitación del personal del centro en mención, los cambios positivos a nivel personal y de equipo que refieren las personas participantes luego de haber vivido el proceso de entrenamiento, y el rol de facilitación que juega la o el profesional en Gerontología en procesos educativos como el propuesto.

Esta investigación brinda un referente técnico en cuanto a la forma en que se puede desarrollar un proceso de formación y capacitación con personas cuidadoras de personas adultas mayores.

1.1.3 A manera de síntesis

Las temáticas relacionadas con el cuidado, las y los cuidadores, las personas adultas mayores y las expresiones del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, han sido analizadas desde diversas perspectivas tanto paradigmáticas como teóricas y se han utilizado diversos enfoques y técnicas para su reflexión.

Con respecto al cuidado, Asesina et al (2007); Canga et al (2011) y Chaves et al (2011), coinciden en que el tipo de cuidado que se ofrece a las personas adultas mayores en condición de dependencia se brinda desde el espacio de lo "informal", es decir, el ámbito familiar, donde en ocasiones no existen conocimientos ni formación básica sobre las particularidades del cuidado de acuerdo a la condición específica de la persona adulta mayor.

Por esta razón, cobra importancia la necesidad de capacitar a las personas cuidadoras de adultos y adultas mayores que se desenvuelven en el ámbito de lo informal, tomando como punto de partida las diversas particularidades que presenta esta población, para que se logre alcanzar una atención y cuidado que faciliten mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores (Obando et al, 2009; Chaves et al, 2011).

En lo que se refiere a las personas cuidadoras, se identifica claramente la tendencia a una feminización de este rol, tanto a nivel familiar, nacional como internacionalmente, dado que como parte y extensión de las "labores domésticas" –asignadas socialmente por el sistema patriarcal- las mujeres son quienes asumen el cuidado de las personas adultas mayores. Tal como lo señalan antes algunos de los y las autoras citadas, estas mujeres se tornan cuidadoras principales únicas, cuya labor y condición de ser humano se invisibiliza (Asesina et al, 2007; Obando et al, 2009; Rojas, 2007 y Sevilla, 2010).

Domínguez et al (2006); Rojas (2007) y Obando et al (2009); señalan la importancia que juegan las redes de apoyo sociales –tanto familiares, comunales e institucionales- como propulsores que brinden una mejor calidad de vida, tanto a la persona cuidadora como a la persona adulta mayor que recibe el cuidado. Porque ante la ausencia o ineficiencia de las mismas se colocan en una situación de posible riesgo: la persona cuidadora de desgastarse en el proceso de cuidado y perder sus habilidades y la persona adulta mayor, de no ver satisfechas sus necesidades y en consecuencia, deteriorarse su estado de salud.

Sobre las expresiones del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, las investigaciones, a partir del acercamiento a la realidad de las personas cuidadoras, coinciden en las implicaciones negativas en el estado físico, psicológico, social y espiritual, producto de la sobrecarga de tareas en el proceso del cuidado y atención de terceros y/o terceras; pero destacan - desde diversas aristas- que al realizar acciones educativas de índole preventiva se podría disminuir los factores de riesgo y propiciar condiciones para mejorar la calidad de vida de estas y de las personas receptoras de cuidado (Ballester et al., 2013; Benavides et al., 2012; Castro et al., 2009).

De esta forma, y de acuerdo con las recomendaciones de las investigaciones revisadas, la intervención profesional con las familias y las personas cuidadoras de personas adultas mayores en condición de dependencia debe orientarse a desarrollar procesos interdisciplinarios e intersectoriales que -tomando como punto de partida las necesidades de la persona adulta mayor y de su cuidador o cuidadora- fomenten: el empoderamiento de la persona cuidadora, la participación y capacitación de la familia en las actividades de cuidado (Canga et al, 2011; Obando et al, 2009; Sevilla, 2010).

1.2. Justificación

El aumento de la cantidad de personas adultas mayores en la población mundial es una tendencia que posee consecuencias en diversos ámbitos de la sociedad y en todos los países del mundo. A nivel mundial una de cada nueve personas tiene sesenta años o más, y esto va en aumento, por lo que el envejecimiento de la población no puede ser invisibilizado más (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012).

De estos cambios sociodemográficos no se encuentra exenta la sociedad costarricense, de acuerdo al XIV Censo Nacional de Población y Vivienda, realizado el año 2011 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el 7, 24 % (311.712) del total de la población nacional

corresponde a personas adultas mayores (Centro Centroamericano de Población, 2014).

Por lo que resulta de importancia todo acercamiento que permita vislumbrar y analizar los desafíos que a nivel económico, político, social y cultural, se presentan tanto en el ámbito inmediato como a largo plazo, porque estos trascienden el espacio y la respuesta que de manera individual o familiar se pueda brindar (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012)

Se considera que uno de estos retos lo representa la población adulta mayor que se encuentra en condición de discapacidad, que para Costa Rica –según el Censo del 2011– representa el 40% (127.346) de las personas adultas mayores, de las cuales el 45% (57.531) son hombres y el restante 55% (69.815) son mujeres, dado que este sector requiere una serie de atenciones y condiciones particulares de cuidado, que demandan una respuesta de su entorno inmediato, mediante la cual se les permita satisfacer sus necesidades (Rojas, 2007).

Ante esta condición de discapacidad (manifestada de cualquier forma), según Rojas (2007), se conjugan los procesos propios del momento del ciclo vital denominado adultez mayor y las implicaciones que conlleva el convertirse en dependiente para la realización de algunas o todas las actividades de la vida cotidiana; lo que genera un ajuste de la persona adulta mayor a su cuidado y supervisión constante, y de la persona cuidadora a la cuidada.

Así, el cuidado brindado por sus familiares a las personas dependientes constituye un reto social de primer orden y un problema que va en aumento, en cuanto genera un incremento progresivo de las responsabilidades de la familia, asociadas a proporcionar ayuda y asistencia, de manera cotidiana, durante un período de tiempo prolongado (en la mayoría de las ocasiones), a una persona en condición de vulnerabilidad. Para ello, el grupo familiar como respuesta a esta condición de dependencia y necesidad, define tareas y

divide funciones, estableciéndose roles para la atención y cuidado de la persona que lo requiere, según Rojas (2007), por lo que en la mayoría de las ocasiones se designa de manera espontánea a una o un cuidador principal.

En la mayoría de las familias, es una única persona quien asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, la o el cuidador principal. Este rol de persona cuidadora principal lo juegan habitualmente las mujeres - como se cita antes- (madres, hijas, nietas, sobrinas), como una labor más de las tareas asignadas mediante la socialización de género, razón por la cual cuando se presenta una sobrecarga en los trabajos, este se invisibiliza. La participación de los hombres aumenta cada vez más, sin embargo su rol se relaciona más con ayudantes de cuidadoras principales (Rojas, 2007; Sevilla, 2010).

Las tareas y actividades cotidianas de las personas cuidadoras son múltiples, demandan grandes cantidades de tiempo y energía, no siempre son cómodas o agradables, y, generalmente, la persona cuidadora no cuenta con la formación ni preparación para afrontar la diversidad de situaciones que el cuidado implica, lo que hace que cada experiencia de cuidado sea única y distinta a las demás.

La sobrecarga a la que se encuentran expuestas las mujeres cuidadoras genera, según Sevilla (2010), niveles de estrés y frustración altos que les afecta a nivel físico, psicológico, social y espiritual, provocan que se evidencien variadas expresiones del denominado Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

Las expresiones negativas producto de la sobrecarga en el cuidado, de acuerdo a Ballester et al. (2013), pueden ser reducidas al intervenir con la persona cuidadora y su familia de una manera "holística", por lo que el abordaje desde la Gerontología, al apoyarse en una perspectiva multi e interdisciplinaria, se identifica como una estrategia para generar factores protectores que favorezcan una mejor calidad de vida de las personas

cuidadoras mediante su empoderamiento, así como de la población cuidada (Sevilla, 2010).

Las investigaciones revisadas refieren que la familia es el principal prestador de cuidados y atención para las personas adultas mayores, en la cual la figura del y la cuidadora informal predomina, a pesar de los vacíos existentes en cuanto a la capacitación y al reconocimiento social de la labor desarrollada.

Las labores de cuidado y atención brindadas por una persona cuidadora generalmente son tareas no remuneradas, relacionadas con la afectividad y enmarcadas en el ámbito de lo doméstico.

Es importante mencionar que en el ámbito nacional se han desarrollado variados esfuerzos, tanto a nivel estatal como no gubernamental, para capacitar a las personas familiares de personas adultas mayores para el cuidado, mediante la implementación de proyectos y programas educativos que brinden una respuesta a la realidad que enfrentan tanto las personas cuidadoras como la población adulta mayor.

No obstante, se considera necesario continuar construyendo, planificando e implementando en el país propuestas concretas con calidad técnica y humana, para los y las cuidadoras; considerando el costo que representa para estas mujeres cuidadoras principales en sus vidas por el hecho de dedicarse exclusivamente al cuidado, en términos de salud, calidad de vida, acceso al empleo, desarrollo profesional, relaciones sociales, disponibilidad de tiempo propio; así como las respectivas repercusiones económicas.

Es allí donde se enmarca la presente investigación aplicada, con la finalidad de construir una propuesta de abordaje gerontológico a cuidadoras de personas adultas mayores para prevenir el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, Cartago.

Se considera que la pertinencia de esta investigación aplicada radica en que pretende responder a las necesidades que tiene la persona cuidadora

de personas adultas mayores, que como se ha mencionado en su mayoría son familiares de estas y que no poseen las herramientas cognitivas, psicológicas y emocionales para prevenir condiciones que propicien el surgimiento del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

Aunado a ello, desde el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez no se desarrollan programas de intervención gerontológica con un modelo de participación social, por lo que la presente investigación aplicada se constituye en un aporte teórico fundamental, porque se parte de una visión holística e integral, en la cual la misma persona cuidadora con sus acciones y decisiones asumirá ser la gerente y agente del cambio, apoyada en el apoyo y el involucramiento de su familia y de su comunidad.

Ahora bien, según Chaves et al. (2011), los procesos educativos se colocan como estrategias beneficiosas para desarrollar este tipo de intervención con las personas cuidadoras, por lo que se identifica como viable y provechoso desarrollar acciones socioeducativas con esta población; tomando como punto de partida los conocimientos sobre el trabajo con grupos- obtenidos mediante mi formación como profesional en Trabajo Social- y la información adquirida en la Maestría Profesional en Gerontología.

1.3. Planteamiento y formulación del problema de investigación.

En la actualidad, el crecimiento del grupo etario de personas adultas mayores, el aumento de la esperanza de vida, así como algunas condiciones de discapacidad que enfrenta esta población demandan al aparato estatal, a las organizaciones no gubernamentales, así como a las y los profesionales involucrados en la atención de estas personas, nuevas estrategias y alternativas para satisfacer las múltiples necesidades emergentes ante un sector poblacional cada vez más amplio y diverso.

Ante esta realidad que enfrenta la población de personas adultas mayores, los cambios propios del proceso de envejecimiento, aunado en ocasiones al ajuste a la condición de dependencia para las actividades

básicas de la vida diaria, se logra identificar que tanto las primeras como sus respectivas cuidadoras y familias requieren de una intervención especializada e interdisciplinaria, para enfrentar los retos y posibles conflictos que en el ámbito de lo informal se pueden presentar, como producto de la recarga de funciones y la invisibilización del rol de cuidado; así como las implicaciones que ello conlleva.

Dicho rol se realiza sin la preparación necesaria, por lo que las personas cuidadoras manifiestan que no sólo se les recarga de tareas y responsabilidades, sino que inclusive sus familiares se alejan y no participan en ningún aspecto relacionado con el cuidado y atención de la persona adulta mayor, asimismo, en muchas ocasiones la imposibilidad de estas personas para solicitar ayuda, para modificar su realidad (producto de la misma socialización de género, la crisis generada hasta la misma multiplicidad de acciones).

Aunado a ello, las personas cuidadoras no cuentan con el acompañamiento y supervisión constante de profesionales, por lo que se reservan todo aquello que les genera conflicto, colocándose en una condición de riesgo para que se presente alguna expresión del llamado Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

En el desempeño de la investigadora como profesional en Trabajo Social en múltiples proyectos del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, Cartago, se identifican problemáticas, conflictivas y desavenencias que se generan en un grupo familiar luego de que una de las personas demanda por un lado, un cuidado o tipo de supervisión específica, y por otro la acción y compromiso de las otras personas involucradas.

Ante esta situación la investigadora como profesional en Trabajo Social y futura gerontóloga identifica la necesidad expresa y latente de construir una propuesta de intervención especializada e interdisciplinaria, con abordaje socioeducativo -desde la Gerontología- a dichas cuidadoras de población adulta mayor, desde el Hospital Dr. Max Peralta Jiménez,

Cartago, con la finalidad de crear y fortalecer factores protectores que propicien la prevención de la aparición de expresiones del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

De esta forma se puede mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras y por ende, la de las personas adultas mayores atendidas desde el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez.

Se propone como problema de investigación:

¿Cómo la construcción de una propuesta de abordaje gerontológico sobre prevención del Síndrome de la persona cuidadora cansada puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las cuidadoras de personas adultas mayores atendidas en el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez?

El cual se pretende resolver mediante la respuesta de las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las necesidades e intereses de las cuidadoras de personas adultas mayores?

¿Qué aspectos debe considerar la propuesta de abordaje gerontológico sobre prevención del Síndrome de las personas cuidadoras cansadas?

¿Cómo se debe desarrollar la propuesta de abordaje gerontológico sobre prevención del Síndrome de las personas cuidadoras cansadas?

¿Cómo se debe evaluar la propuesta de abordaje gerontológico sobre prevención del Síndrome de las personas cuidadoras cansadas?

1.4. Objetivos.

1.4.1. General

Construir una propuesta de abordaje gerontológico sobre la prevención del Síndrome de la persona cuidadora cansada dirigida a cuidadoras de

*personas adultas mayores atendidas en el Hospital Dr. Maximiliano Peralta
Jiménez*

1.4.2. Específicos

Identificar las necesidades e intereses en relación con la prevención del Síndrome de la persona cuidadora cansada de mujeres cuidadoras de personas adultas mayores.

Diseñar la propuesta de abordaje gerontológico sobre la prevención del Síndrome de la persona cuidadora cansada con base en las necesidades e intereses del grupo de participantes.

Ejecutar la propuesta de abordaje gerontológico sobre la prevención del Síndrome de la persona cuidadora cansada.

Evaluar los resultados de la propuesta de abordaje gerontológico sobre la prevención del Síndrome de la persona cuidadora cansada.

1.5. Alcances, Delimitaciones y Limitaciones

1.5.1. Alcances

Con esta investigación se pretende que las personas participantes cuenten con las herramientas a nivel teórico y personal para prevenir las expresiones del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, con el fin de incidir de manera indirecta y positiva en el estado de salud integral de ellas, de las personas adultas mayores que atienden y de su familia.

Por otra parte, la fundamentación metodológica desde la cual se desarrolla la investigación puede ser un recurso disponible para que otras personas profesionales cuenten con múltiples insumos para definir sus propias propuestas.

La investigación –además- puede convertirse en un recurso para los y las estudiantes y profesionales en Gerontología, de disciplinas de base diferentes a las Ciencias Sociales, para el trabajo con cuidadoras y

cuidadores de personas adultas mayores, con el fin de prevenir las expresiones del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

Específicamente, en el caso del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, se espera que la propuesta pueda ser utilizada para continuar su implementación, de forma sostenible, como parte de los proyectos que oferta el Servicio de Trabajo Social.

Finalmente, desde Gerontología es un aporte concreto para el trabajo con grupos de personas cuidadoras y con las familias de las personas adultas mayores.

1.5.2. Delimitaciones:

La investigación se lleva a cabo con un grupo convocado de aproximadamente 15 a 20 cuidadoras de personas adultas mayores, en un horario de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Dichas cuidadoras son familiares de primer, segundo e inclusive tercer grado de consanguinidad de las personas adultas mayores que atienden y residen en la zona de adscripción del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, que aceptan participar en las actividades propuestas para el abordaje gerontológico.

1.5.3. Limitaciones

Entre las principales limitaciones que se identifican al efectuar la presente investigación se encuentra que la cuidadora no pueda continuar con su participación a causa de un agravamiento del estado de salud de la persona adulta mayor o bien porque ésta fallezca; así como que se dé un cambio en cuanto al cuidado y la participante ya no se encuentre a cargo de nadie o cambie de labor.

Aunado a ello, se pueden presentar problemas de disponibilidad de tiempo por el recargo existente en la mayoría de las cuidadoras.

Finalmente, es importante mencionar que al efectuar esta investigación desde un espacio institucional como la Caja Costarricense de Seguro Social, fue necesario cumplir con una serie de protocolos y procedimientos para que se autorice la implementación del mismo y se necesitó de un tiempo determinado, lo que definió los tiempos dispuestos para la implementación del proyecto.

CAPITULO II

Marco teórico-conceptual

A continuación se exponen los principales referentes teórico-conceptuales que fundamentan la presente investigación aplicada, desde los cuales se realiza una lectura de la realidad y su respectiva intervención.

2.1. Proceso de envejecimiento

2.1.1. Envejecimiento

El proceso de envejecimiento, según Hidalgo (2009) “(...) es el proceso de vivir (...)” (p 32); por lo que como afirman Murillo y Segura (2007), es un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, en el que se presentan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social; determinado por el tiempo, el espacio y la historia, por lo que es un proceso particular para cada persona.

Se define como un proceso universal (ya que lo experimentan todas las personas sin distinción de clase social, etnia, género) pero diferenciado (condicionado y definido por múltiples factores físicos, psicológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales) que dura toda la vida (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2006; Salazar, 2007).

Robles (2007), agrega con respecto a la concepción de envejecimiento, que “(...) el envejecimiento es un proceso gradual pero sobre todo integral, es por eso que no puede abordarse cada aspecto por separado, sino que debe ser en su conjunto total (...)” (p 27-28). Por tanto, el proceso de envejecimiento no se debe resumir meramente a sus aspectos fisiológicos y biológicos, debe contemplar todos sus aspectos y la forma en que todos interaccionan y se determinan entre sí (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

El envejecimiento, de esta forma, se identifica como un proceso histórico-social, dinámico y heterogéneo; en el cual se manifiestan patrones particulares asociados con la cultura, la época y el momento histórico, que definen formas de envejecer y de vivenciar la adultez mayor (Osorio, 2006).

2.1.2. *Adultez Mayor*

La adultez mayor es definida por Hidalgo (2009) como la última etapa del ciclo vital de una persona, donde se conjugan una diversidad de condiciones que se encuentran determinadas por las experiencias previas vividas.

Según Zetina (1999) este momento del ciclo vital se encuentra caracterizado *a priori*, sea cual sea la perspectiva o visión de la cual se parta, de la existencia de una disminución del funcionamiento orgánico y fisiológico de la persona envejeciente.

De tal forma refiere la autora que se distingue de las condiciones de un “envejecimiento primario”, producto de la genética, del deterioro orgánico y celular, así como del estilo de vida de la persona; y de las de un “envejecimiento secundario”, resultado de múltiples traumas o enfermedades crónicas que deterioran el estado de salud integral (Zetina, 1999).

Citando a Laurell (1983), Zetina (1999) retoma que la adultez mayor es parte del proceso de envejecimiento, el cual no sólo es biológico, sino también histórico, social, cultural, político, económico, pues el ser humano se mantiene en constante relación con su entorno.

Los cambios experimentados durante esta etapa de la vida pueden corresponder o no a un momento o edad cronológica determinada, pueden presentarse en un orden o secuencia definida o no, porque las transiciones vividas se desarrollan de manera paulatina y particular, es decir, de manera única en el ser humano (Zetina, 1999).

Entre los eventos que se identifican como esperados en este momento de la vida se encuentran: los cambios en la funcionalidad biológica y orgánica, la vivencia de diferentes procesos de duelo (fallecimiento de pareja, familiares y amigos y amigas, jubilación, independencia para las actividades básicas de la vida diaria, entre otros), los cambios en los roles sociales y figuras de apego, así como el énfasis en la búsqueda de significado de la vida (Hidalgo, 2009).

La autora Fernández-Ballesteros (2004) destaca que en todos los momentos de la vida la niñez, la adolescencia, la adultez y la adultez mayor se pueden identificar pérdidas y ganancias de habilidades y capacidades, por lo que esta última etapa del ciclo vital no es sinónimo de un período de la vida únicamente propenso a perder.

Según la autora la vejez se vislumbra como una etapa de la vida en la que se refleja la variabilidad del proceso de envejecimiento y como ésta es el resultado de distintas experiencias fisiológicas, biológicas, de aprendizaje, contextos históricos, como de vivencias personales que interactúan y se determinan mutuamente, de tal forma que aunque existan patrones esperados de cambios durante la adultez mayor cada proceso es particular y propia de cada persona.

Así cada persona puede experimentar cambios generales asociados a la etapa de la adultez mayor, sin embargo la forma en que dichos cambios se enfrentan y se apropian dependerá de las condiciones particulares de vida (género, escolaridad, estilo de vida, vivencias, personalidad, entorno, contexto histórico, político, económico, social, entre otras) de cada uno y una.

2.1.3. *Envejecimiento activo*

Según la Organización Mundial de la Salud (2002) el envejecimiento activo se relaciona con "(...) el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (p 79).

Por lo que, de acuerdo a este planteamiento, dicho proceso de optimización facilita la potencialización física, social y mental de las personas, a lo largo de su ciclo vital; mediante la participación continua en múltiples ámbitos como lo social, lo económico, lo cultural, lo espiritual, y no sólo siendo dirigido de manera exclusiva hacia la actividad física o productiva remunerada (OMS, 2002).

Así, el envejecimiento activo, o también llamado "saludable", "exitoso", "positivo", "deseable", entre otros, es entendido por Diez, Fernández-Ballesteros, López, Molina, Montero, Schettini y Zamarrón (2012) como un concepto que comprende múltiples dimensiones, comprendiendo y trascendiendo las nociones de "buena salud", integrado por una diversidad de factores biológicos, sociales y psicológicos.

Además, Diez et al (2012), retoman lo propuesto por Rowe y Khan, asociando el concepto de envejecimiento activo con bajas probabilidades de enfermedad y condiciones de discapacidad, en contraste con una alta funcionalidad física y mental, así como con una alta participación social; es decir, condiciones de salud física, mental, afectiva y cognitivas óptimas.

Es importante rescatar lo planteado por Blanco y Salazar (2010) en cuanto a las líneas de pensamientos que efectúan una relación directa entre el envejecimiento activo y el denominado "paradigma de la actividad", dado que plantean que esta postura paradigmática establece que la persona adulta mayor debiera mantenerse útil y productiva (materialmente) para la

sociedad en que vive, manteniendo parámetros como el alto nivel de actividad para propiciar vivir sin condiciones de discapacidad, que generen consecuencias negativas en términos de la productividad y los costos sociales que implica para un país la atención de dicha población.

De tal forma que, según los autores, desde el paradigma de la actividad la intervención profesional se encuentra dirigida a las personas que han alcanzado un envejecimiento “normal”, dejando de lado a las demás personas que no cumplen con dicha condición (Blanco y Salazar, 2010).

Como respuesta a esa limitación identificada desde esa posición de envejecimiento activo = actividad, Blanco y Salazar (2010) plantean que al abordar el tema del envejecimiento “activo” o “exitoso” es importante considerar aspectos socioemocionales que brinden indicadores sobre la satisfacción que cada persona tiene en cuanto a lo que hace y lo que le genera bienestar, sea o no que se cuente con las condiciones de funcionalidad óptima descritas anteriormente.

Así, el envejecimiento activo se encuentra determinado por condicionantes contextuales (ambientales, económicos, sociales, políticos) y personales (lo fisiológico, el comportamiento, lo emocional), de forma tal que se incorpora la heterogeneidad de las personas, ampliando las posibilidades de que se puedan alcanzar variadas formas de vivenciar una adultez mayor activa (Blanco y Salazar, 2010).

2.2. Redes sociales de apoyo

Las personas durante el transcurso del ciclo vital se encuentran en constante relación con su entorno (físico, social, cultural, ambiental), por lo que mantienen contacto con diversas “redes sociales”, las cuales son definidas de manera general como aquellos sistemas de apoyo de carácter primario, cuya finalidad se orienta a brindar y recibir objetos materiales,

servicios, apoyo emocional y social (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2009).

Estas redes o sistemas de apoyo no sólo existen a nivel individual o familiar, sino que también en el ámbito comunitario, como un medio para la solución a demandas específicas de la población; con lo cual se evidencia la capacidad que poseen los diversos actores sociales para alcanzar mediante su intervención transformaciones a nivel individual o colectivo, es decir, las personas se convierten en actores activos de su propia realidad (Guzmán et al, 2009).

Guzmán et al (2009) afirman que:

(...) son una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (p 43).

Durante el proceso de envejecimiento la configuración, las características y el uso de las redes sociales de apoyo se modifican, esto de acuerdo a diferentes condiciones como los sucesos vitales, las pérdidas, lo material, la salud (integral), entre otros aspectos (Pinazo y Sánchez, 2005).

Según Pinazo y Sánchez (2005) durante la adultez mayor la red de apoyo social sufre -además de cambios- una disminución en las fuentes potenciales de apoyo a causa del distanciamiento del mundo del trabajo, las distancias geográficas entre las personas familiares, en contraposición con el aumento de necesidades y el grado de dependencia de algunas personas adultas mayores.

Por lo que redes sociales de apoyo activas pueden propiciar el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, no sólo por lo que a nivel material aportan, sino también por el impacto emocional significativo que brindan.

Los apoyos brindados incluyen: a) lo material, asociado con dinero y productos en especie; b) lo instrumental, como el transporte o la realización de las tareas domésticas; c) lo emocional, el cariño, la confianza, la empatía, entre otros; y d) lo cognitivo, relacionado con la transmisión de información, consejos (Guzmán et al, 2009).

Estos diferentes tipos de apoyo puede ser brindados desde los sistemas formales como las instituciones estatales, organizaciones no gubernamentales, programas de voluntariado; así como desde los sistemas informales entre los cuales se destacan principalmente las redes personales (familia y amistades) y las comunitarias (Guzmán et al, 2009; Pinazo y Sánchez, 2005).

Cabe mencionar que de acuerdo a lo planteado por Pinazo y Sánchez (2005) las redes de apoyo social, además, poseen un efecto positivo directo sobre la salud de la persona, dado que brindan la posibilidad de protegerse ante cualquier situación que genere estrés; y un efecto amortiguador debido a que ayuda a afrontar las crisis antes, durante y después.

De tal forma que los(as) autores(as) establecen que el bienestar psicosocial de una persona se encuentra relacionado directamente con su capacidad de promover diferentes recursos de apoyo y la capacidad de estos de convertirse en redes sociales de apoyo.

Según Pinazo y Sánchez (2005) a lo largo del proceso de envejecimiento se desarrollan cambios tanto en la configuración, como en las características y la forma en que se utilizan las redes sociales y el apoyo que brindan; esto de acuerdo a las necesidades y demandas de cada momento del ciclo vital.

2.2.1. Cuidadores y cuidadoras

El cuidado y atención de las personas adultas mayores se brinda principalmente desde el espacio privado, doméstico o familiar, mediante el llamado "apoyo informal", que reciben de personas con las que mantienen relaciones de afectividad y donde el (la) cuidador(a) no cuenta con la formación profesional para brindarlo (Asesina et al., 2007).

Es por ello que las personas cuidadoras desarrollan una relación directa con las personas adultas mayores, por lo que brindan apoyo en diferentes esferas de la vida, y estas relaciones pueden deberse o no a la existencia de lazos consanguíneos (Sevilla, 2010).

Es importante aclarar que las personas cuidadoras formales, definidas a partir de su capacitación para brindar atención curativa, preventiva, asistencial y educativa a las personas adultas mayores, tienen como principal campo de acción los recursos institucionales (hospitales, hogares, residencias geriátricas, centros de jubilados, entre otros), es decir, brindan atención en su mayoría a la población adulta mayor que se encuentra en estos lugares (Aldana y García, 2011).

Asimismo, se distingue una persona cuidadora principal de una secundaria,

(...) Los cuidadores principales o primarios son los que asumen la responsabilidad total del cuidado del enfermo. Estas personas dedican una gran parte de su tiempo al cuidado del enfermo o de la persona que es dependiente y realizan estos cuidados de manera constante y por un tiempo prolongado. El cuidador secundario apoya de diferentes maneras al primario, aunque no tiene la responsabilidad total del cuidado (Aldana y García, 2011: 161).

Los cuidados y atenciones que brinda tanto la persona cuidadora principal como la secundaria se dirigen a apoyar en tres aspectos principales: la realización de tareas domésticas, de actividades cotidianas (compras, asistencia a citas médicas, pago de servicios públicos, entre otros); y de acciones para el cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer). Además de estas tareas básicas, la persona cuidadora brinda “atención emocional” mediante su compañía, su escucha, su preocupación por el bienestar de la persona adulta mayor (Aldana y García, 2011).

Ahora bien, entre las personas cuidadoras predominan las mujeres, por lo que como lo plantea Sevilla (2010), se orienta a una feminización del rol de cuidado. Así, los roles de género asignados mediante el proceso de socialización a las mujeres modelarían la personalidad de las mujeres cuidadoras en lo asociado con la distribución de las responsabilidades y las tareas de cuidado (Cuéllar y Sánchez, 2012).

La socialización de género impuesta por el sistema patriarcal ubica las funciones del género femenino como parte de las tareas reproductivas, así a las mujeres les corresponde dedicarse al cuidado del hogar y de las personas dependientes del grupo familiar, por lo que no esperan un reconocimiento económico ni social por la labor de cuidado y encuentran satisfacción con el cumplimiento del deber encomendado (Félix, Aguilar, Martínez, Ávila, Vásquez y Gutiérrez, 2012).

Según Asesina et al. (2007) esta falta de reconocimiento de las labores de cuidado incide en la calidad de vida de las cuidadoras y disminuye el apoyo que en el ámbito familiar pueda recibir para dicha labor. Dado que este cuidado demanda tiempo, conocimiento, fuerza física y emocional, postergación de proyectos personales, lo que sobrepasa a las mujeres, quienes no cuentan con la preparación, el apoyo social, ni el reconocimiento para enfrentar el estrés de una segunda y hasta una tercera jornada sin remuneración;

viéndose afectado su bienestar en ámbitos como el espiritual y el social (Félix et al, 2012).

Además, según La Parra y Masanet (2009) al participar del cuidado informal de un o una familiar se reduce la posibilidad de las cuidadoras de participar o aumentar su participación en la esfera laboral, con los efectos subsecuentes: la pérdida de oportunidades laborales, la disminución de la cantidad de ingresos económicos, del desarrollo profesional y la autoestima.

De esta forma la realización de labores de cuidado y atención de las personas adultas mayores no afecta de igual manera a las mujeres que a los hombres, evidenciándose a las más “perjudicadas” como las mujeres en edades avanzadas, pues se les obstaculiza en mayor medida la realización de sus vidas (La Parra y Masanet, 2009).

Asimismo, Obando et al. (2009) señalan que las personas cuidadoras, mujeres, obvian la defensa y cumplimiento de sus derechos, su bienestar físico y mental, así como sus necesidades personales; ante su rol de cuidador o cuidadora. De esta forma se invisibiliza su condición de ser humano y se limita su capacidad para desarrollar su propio proyecto de vida y autocuidado. Por tanto son percibidos como “(...) *sujetos prestadores de servicios (...)*” (p 214) sin una remuneración real, y a quienes se les niega el disfrute de sus derechos.

Por esta razón, las mujeres cuidadoras familiares de personas adultas mayores se colocan como un grupo vulnerable, susceptible a sufrir efectos negativos en su salud y, posteriormente, a convertirse en sujetas de atención y cuidado. Por lo que debería ser un grupo poblacional destacado de interés para programas de política social, de salud y hasta investigación (Félix et al, 2012).

Al estar ligado el cuidado al género femenino y al ser en su mayoría principales cuidadoras, las mujeres requieren de una red de apoyo familiar, comunal e institucional activa, consciente de sus necesidades, como el

desgaste y la pérdida de cualidades para el cuidado, para prevenir el detrimento del estado de salud integral de la persona cuidadora como de la persona adulta mayor cuidada (Rojas, 2007).

Se evidencia así la importancia de desarrollar procesos de intervención y abordaje gerontológico con las mujeres cuidadoras, como un medio para prevenir las múltiples manifestaciones del denominado Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada que afecta principalmente a quienes se recargan en las tareas de cuidado.

2.2.2. Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada

Las personas cuidadoras familiares de personas adultas mayores se identifican como un grupo en condición de vulnerabilidad, por ser susceptibles a sufrir daños en su estado de salud a causa de la sobrecarga de trabajo, es decir, a experimentar las consecuencias del llamado Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada (Félix et al, 2012).

Según Benavides et al (2012), la presencia de dicho síndrome se puede identificar a través de indicadores físicos, conductuales, cognitivos y emocionales; entre los síntomas fisiológicos se encuentran los trastornos del sueño y la alimentación, la pérdida de energía, la fatiga crónica, palpitaciones, temblor en las manos, malestares digestivos, entre otros.

Asimismo, se manifiesta a partir de conductas como el aislamiento social, el consumo excesivo de drogas lícitas e ilícitas (cafeína, alcohol, tabaco, medicamentos), la realización de acciones rutinarias y repetitivas, la disminución del interés por compartir con personas y realizar actividades, así como brindar tratos poco respetuosos a las personas que se encuentran a su alrededor (Benavides et al, 2012).

En el ámbito emocional, Benavides et al (2012) identifica como señales el aumento de las situaciones en que se enfada y brinda importancia a

“pequeños detalles”, también en la frecuencia de los cambios de ánimo, cognitivo se presentan limitaciones para la concentración y problemas de memoria, la negación de síntomas fisiológicos y emocionales experimentados, entre otros.

La población que mayormente experimenta los indicadores mencionados, según Félix et al. (2012), se caracteriza por ser en su mayoría mujeres, hijas, adultas medias, casadas o en unión libre, con niveles de escolaridad bajos, limitaciones socioeconómicas, dedicadas a labores domésticas no remuneradas, que viven cerca o forman parte del grupo familiar de la persona adulta mayor que cuidan.

Las mujeres cuidadoras tienden a cumplir con las tareas asignadas y las demandas familiares con resignación (conformismo), de una forma responsable y exigiéndose a sí mismas todo lo demandado y más; a pesar de no estar de acuerdo con todo lo establecido y encontrarse desgastadas física y mentalmente (Cuéllar y Sánchez, 2012).

La recarga en las labores del cuidado informal genera el deterioro de la salud física y mental de las mujeres cuidadoras, siendo predominantes los efectos negativos en la salud psicológica. Entre las secuelas negativas más comunes en la salud psicológica de las cuidadoras se encuentran los trastornos de ansiedad y depresión, así como la presencia de altos niveles de estrés (La Parra y Masanet, 2011).

El cuidado informal puede generar reacciones como sentimientos de bienestar o malestar, lo que según Carreño (2012) se denomina “(...) *sobrecarga objetiva, que tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol cuidador y sobrecarga subjetiva, relacionada con la forma como se percibe la situación y la respuesta emocional de la cuidadora ante la experiencia de cuidar (...)*” (p 9).

De acuerdo a La Parra y Masanet (2011), las implicaciones negativas en el estado de salud mental de las personas cuidadoras están mediadas por

la forma de dependencia que expresa la persona adulta mayor a la que se le brindan cuidados, pues entre mayor demanda de atención mayor cantidad de tareas a realizar.

Como lo plantean Benavides et al (2012):

(...) El estrés continuado debido al cuidado puede dar lugar al denominado síndrome del burnout (“síndrome del quemado”) que se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza. El grado de dependencia del receptor y la prolongación de la situación de cuidado han sido relacionados con síntomas depresivos. El apoyo social y familiar es uno de los factores clave en los posibles impactos negativos en la salud psicológica de los cuidadores (...) (p 37).

Aunado a ello, Ballester et al. (2013) identifican cambios en los estilos de vida como la disminución del tiempo libre; así como afectaciones en las relaciones sociales, laborales, familiares y sentimentales, que se encuentran asociadas con factores de riesgo que propician en el desarrollo consecuencias negativas como los trastornos mentales rescatados por La Parra y Masanet (2011).

Sin embargo, cada persona, cada mujer, enfrenta esta sobrecarga de tareas de cuidado de manera diferente en función de otros aspectos como la capacidad personal de ajuste a la realidad, las condiciones de la persona que cuida, la familia, la comunidad, los recursos y servicios de apoyo, entre otros (Benavides et al. 2012; Cuéllar y Sánchez, 2012).

Según Benavides et al (2012), cuando se desarrollan procesos de intervención con las personas cuidadoras que experimentan cualquiera de los indicadores mencionados, se debe reconocer en primer momento la

importancia de las acciones que realiza, su capacidad y limitaciones personales; mientras que de forma simultánea se brindan herramientas para optimizar las habilidades de cuidado, de tal forma que pueda satisfacer las necesidades de la persona cuidada y las propias.

Además, con esta población se debe tener presente que, dados los cambios sociodemográficos en cuanto al envejecimiento, existe un porcentaje importante de cuidadoras que sobrepasan la edad de 60 a 65 años, y que por ende poseen necesidades propias del momento de la vida en que se encuentran.

2.3. Política pública

La política pública es identificada como la alternativa para responder a las demandas públicas, caracterizándose por propiciar una demarcación de los conflictos políticos, permitir la diferenciación y definición de los problemas y sus posibles soluciones, proponer esfuerzos conjuntos y participaciones específicas (Lahera, 2004).

Las alternativas establecidas a partir de las políticas públicas se concretan mediante los múltiples servicios brindados tanto por las instituciones y organizaciones públicas como privadas o no gubernamentales; servicios cuya importancia política, económica y social, impacta en la calidad de vida de la población a la cual se encuentran dirigidos.

Abarca (2002) indica que la política pública es *“(...) una práctica que está incentivada por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas y el establecimiento de incentivos de acción colectiva entre individuos, comunidades, empresas o instituciones públicas”* (p. 96).

El proceso de desarrollo de la política pública se encuentra conformado por cuatro momentos: a) Origen, planteamiento de las normas o

disposiciones de la política; b) Diseño, definición de objetivos; c) Gestión, implementación de la política, y d) Evaluación, tanto de la eficiencia como de la efectividad, de manera parcial o total (Lahera, s.f.).

En este proceso se resalta la capacidad interdisciplinaria que poseen las políticas públicas desde su abordaje, hasta su formulación, ejecución y análisis, pues permite la inclusión y participación de diversos actores y sus respectivos intereses, lo que “(...) *la convierte en un poderoso instrumento de transformación económica, social, política e institucional*” (Abarca, 2002: 98).

Entre las políticas públicas se identifican líneas de acción económicas, culturales, deportivas, recreativas, sociales, entre otras; a continuación se retomarán algunos aspectos básicos sobre las políticas sociales, con la finalidad de profundizar en su conceptualización, ya que son éstas las que fundamentan las acciones que se plantean a nivel público dirigidas para la población adulta mayor.

2.3.1. *Políticas sociales*

El surgimiento de la política social se ubica posterior al capitalismo monopólico, como una forma de atenuar y/o paliar con las contradicciones propias de este modo de producción y acumulación económica, implementadas por el Estado en esta coyuntura socio-histórica.

Se identifica como meta de este tipo de política la “atención” de “(...) *aquel conjunto de problemáticas sociales, políticas y económicas que se generan con el surgimiento de la clase obrera, dentro de una sociedad capitalista (...)*” (Pastorini, 2000: 216), es decir las manifestaciones de la denominada cuestión social; y como su principal objetivo el “(...) *asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo del capitalismo monopolista y las consecuentes concentración y centralización del capital (...)*” (Pastorini, 2000: 216).

Así, las políticas sociales en sí mismas, como su direccionalidad e intencionalidad, solamente pueden ser comprendidas a partir del contexto de la estructura capitalista y del movimiento histórico en el que se fundan (Faleiros, 2000).

Por otra parte, se debe tener claro que la política social se constituye en un instrumento contradictorio, producto de las diversas luchas de clases; por lo que atienden al mismo tiempo las necesidades del capital, así como las del mundo del trabajo (Montaño, 2000).

Pastorini (2000) refiere que las políticas sociales encuentran su origen en un “(...) *proceso conflictivo atravesado por luchas de clases, donde los diferentes grupos insertos obtienen ganancias y pérdidas, al mismo tiempo que luchan y presionan, ‘conquistan’ y ‘conceden’ alguna cosa a los demás sujetos involucrados.*” (p 227); en el cual se involucra al menos a tres sujetos de orden protagónico: las clases hegemónicas (que representan los intereses del capital), el Estado (como intermediario) y las clases subalternas (representantes de las necesidades del mundo del trabajo y usuarios/as de los servicios sociales), los cuales se encuentran involucrados conflictivamente y en tensión permanente. Producto de estas relaciones conflictivas (luchas de clases) y de las correlaciones de fuerzas presentes en la sociedad se construyen y constituyen las políticas sociales (Pastorini, 2000).

Así las políticas sociales se convierten en instrumentos contradictorios implementados por el Estado (inscrito en un contexto sociohistórico particular), producto de la correlación de fuerzas de los y las diferentes actores sociales de una determinada sociedad, para atender tanto a las necesidades del capital (clases hegemónicas) así como las del mundo del trabajo (clases subalternas); contribuyendo al mantenimiento de las estructuras (sociales, políticas y económicas) establecidas por un orden social determinado (el capitalismo).

2.3.2. Políticas nacionales y planes institucionales dirigidos a la población adulta mayor

En materia de envejecimiento y vejez a nivel nacional e institucional existe diferente legislación, planes y políticas que establecen diversos objetivos y contemplan múltiples aspectos de estas temáticas, por lo que se hace necesaria una revisión y reflexión en torno a lo planteado, principalmente desde las políticas y planes vigentes, para contextualizar y justificar la realización de una investigación aplicada como la presente, pues son estos lineamientos los que direccionan el accionar de una institución pública como la CCSS.

A nivel nacional el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 “María Teresa Obregón Zamora” (MIDEPLAN, 2010), como parte de sus acciones estratégicas en el Capítulo IV “Bienestar Social” plantea la creación de la Red Nacional de Cuido y Atención Integral de Personas Adultas Mayores, con el objetivo de crear espacios para que la población adulta mayor socialice, satisfaga sus necesidades de recreación y esparcimiento, y se propicien mejores condiciones para continuar con aportes a lo largo de la vida.

Establece la atención a la población adulta mayor mediante diversas estrategias, entre ellas: la compra de alimentos, de artículos de uso personal e higiene, de medicamentos e implementos de salud, de ayudas técnicas; la atención, promoción y prevención de la salud; realización de mejoras habitacionales, equipamiento de vivienda y pago de servicios básicos y transporte; la reubicación de la persona adulta mayor en Familias Solidarias, hogares comunitarios, viviendas comunitarias, hogares de larga estancia; el pago de asistentes domiciliarios y el costo de centros diurnos, entre otros (CONAPAM, 2013).

En cuanto al cuidado de la población adulta mayor, la Red de Cuido Integral se identifica como un recurso que permite que las personas cuidadoras, principalmente mujeres, reciban un subsidio económico representativo por la labor desarrollada. Mujeres, que como se afirma en la revisión de antecedentes, son familiares de primer, segundo y hasta tercer grado, cuyas labores no son reconocidas socialmente.

Por otra parte, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021 (CONAPAM, 2011) establece cinco líneas estratégicas de acción:

1. Protección social, ingresos y prevención de la pobreza.
2. Abandono, abuso y maltrato en contra de las personas adultas mayores.
3. Participación social e integración intergeneracional.
4. Consolidación de derechos.
5. Salud integral.

Cada una de estas líneas establece una serie de principios orientadores y objetivos que se pretende cumplir desde las diferentes instancias involucradas, y es específicamente en las líneas estratégicas denominadas “Consolidación de Derechos” y “Salud Integral”, en las que se define que se debe garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de la población adulta mayor, entre estos su protección y atención integral, el cual incluye no sólo su cuidado directo, sino también las acciones que se puedan desarrollar para fortalecer las redes de apoyo informal que poseen las personas adultas mayores.

Entre los objetivos planteados para la línea estratégica de salud integral, se propone incentivar la realización de programas dirigidos a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud en la población adulta mayor, de forma integral, en igualdad de condiciones y con la calidad necesaria.

A nivel institucional el Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro Políticas 2013-2016 (CCSS, 2013) establece cinco ejes (Gobernanza, Desarrollo, Resultados, Prestación de Servicios, Gestión Institucional), cada uno con sus propias Macro Políticas y sus ejes internos.

El eje de Prestación de Servicios incluye los temas de Salud, Pensiones y Prestaciones Sociales; pese a que en los objetivos no se hace referencia explícita a la población adulta mayor, se logra identificar un tema que directa e indirectamente se asocia con la presente investigación aplicada.

En el tema de la salud como "Macro Estrategia" se plantea el rediseño de los modelos de Gestión Hospitalaria y se hace mención de la implementación de nuevas modalidades de prestación de Servicios Hospitalarios, por lo que un abordaje gerontológico a cuidadoras de personas adultas mayores en el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, se identifica como una nueva forma de intervención desde un campo del conocimiento inter y multidisciplinario como la Gerontología, con uno de los principales grupos poblacionales del centro médico, que propicia el mejoramiento de la calidad de vida, así como de los servicios brindados por éste.

2.4. Gerontología

2.4.1. Generalidades

La Gerontología es definida como una especialidad de la ciencia que posee como objeto de estudio el proceso de envejecimiento, sus múltiples dimensiones, la persona adulta mayor y su relación con su entorno, destacándose que sus construcciones teóricas son débiles (Hidalgo, 1993; Sánchez, 2010).

De acuerdo a Lozano (2008), la Gerontología como teoría o ciencia "(...) es básicamente interdisciplinaria, procedente de una acción interdinámica entre disciplinas particulares (...)" (p 64).

Se destacan tres ejes temáticos, según Sánchez (2010), asociados con la Gerontología y su finalidad: el proceso de envejecimiento, implícito a todo ser humano; la vejez, como etapa del ciclo vital; la persona adulta mayor como sujeta de derechos. Sobre esto la autora destaca:

La gente envejece y experimenta la vejez de manera diferente de acuerdo a sus recursos disponibles a través del ciclo de vida. La raza, clase social, género son algunas de las variables que gobiernan el acceso a recursos. Existen considerables variaciones en el estado de salud, la participación y los niveles de independencia entre personas de una misma edad cronológica en la edad mayor. Una tarea crítica de la Gerontología es interpretar los efectos de estas variables y sus interrelaciones en las vidas de la gente de edad mayor (p 8).

Así, la Gerontología -al ser una especialidad interdisciplinaria- desarrolla su práctica profesional, su formación y su elaboración de conocimientos a partir del acercamiento y estudio a todas aquellas variables que inciden en el proceso de envejecimiento.

Por lo que se afirma que la Gerontología posee el compromiso ético político de propiciar y garantizar la creación de políticas, leyes, planes, programas y/o proyectos que busquen la promoción y protección de los derechos de toda la población adulta mayor (Sánchez, 2010).

2.4.2. El rol del o la profesional en Gerontología

El o la profesional en Gerontología debe propiciar el desarrollo de una actitud interdisciplinaria, de tal forma que pueda solicitar el apoyo de las múltiples disciplinas existentes para atender y desarrollar procesos que

propicien la puesta en práctica de acciones dirigidas al autocuidado (Hidalgo, 2009).

Con su intervención –según Hidalgo (2009)- el o la profesional en Gerontología debe brindar beneficios a la persona con la cual labora, partiendo de las causas o factores subyacentes de su condición actual, trascendiendo lo aparente y superficial, reflexionando sobre lo esencial para lograr modificaciones reales.

Por tanto, las intervenciones de los y las profesionales en Gerontología, así como los métodos, técnicas e instrumentos a utilizarse durante una intervención; deberán depender tanto de la necesidad expuesta, en este caso por la persona cuidadora o la persona adulta mayor, como de la subyacente, desde un espacio definido de intervención (Sevilla, 2010).

Es decir, como lo plantea Sánchez (2010), las personas profesionales en Gerontología poseen “(...) *el compromiso de establecer un balance entre los deseos del adulto mayor, su seguridad y la independencia (...)*” (p 9).

No obstante, su rol debe encontrarse direccionado a la facilitación de procesos que permitan que la persona adulta mayor se empodere y cuente con las condiciones necesarias para identificar las áreas débiles o limitadas, modificar lo posible dentro de su contexto y su individualidad, y evaluar la utilidad y aprovechamiento de los cambios realizados (Hidalgo, 2009).

En esta misma línea, Sevilla (2010) hace énfasis, como ya se mencionó en el apartado “Antecedentes”, en que tanto los conocimientos académicos y formales, como las habilidades y destrezas personales son importantes en la intervención gerontológica, con la finalidad de empoderar a las personas cuidadoras y reproducir las condiciones para el mantenimiento de la autonomía en las personas adultas mayores.

2.5. La Andragogía o Educación para personas adultas

Según Caraballo (2007), diversos autores han definido la Andragogía como una filosofía, una ciencia, una teoría, un método, una disciplina, lineamientos, un proceso de desarrollo integral, y un modelo educativo.

Por tanto, según Caraballo (2007) parafraseando a Adam (1970), los procesos educativos desde la Andragogía responden a los intereses, las necesidades y las experiencias vividas por la persona, por lo que es ésta “(...) como sujeto de la educación, quien acepta o rechaza, decide basado en su propia experiencia e intereses la educación a recibir, con todos los altibajos que implica el transcurrir cambiante y complejo de la vida del ser humano (...)” (p 191).

En consecuencia la y el profesional que hace uso de la Andragogía para desarrollar procesos educativos deberá conocer, estudiar y reflexionar sobre la realidad de la persona adulta y definir las condiciones adecuadas para orientar y direccionar el proceso de aprendizaje que se desea realizar (Caraballo, 2007).

Así, la Andragogía

(...) concibe al participante como el centro del proceso de enseñanza y aprendizaje, es él quien decide: qué aprende, cómo lo aprende y cuándo lo aprende (algunos docentes afirman que no hay proceso de enseñanza), tomando en cuenta sus necesidades, intereses y su experiencia, lo que conlleva al desarrollo y adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que coadyuven en el logro de los aprendizajes que éste necesite. En otras palabras, el participante es el único responsable de su proceso de aprendizaje (Caraballo, 2007: 192).

De ahí que la autora defina la Andragogía como un proceso de desarrollo integral, que comprende la forma, procedimiento, técnicas, métodos y estrategias necesarias para que la persona adulta aprenda y logre transmitir estos conocimientos al contexto en que se desenvuelve (Caraballo, 2007).

Así, los principios de la Andragogía que plantea Del Solar (2006) son los que fundamentan la construcción de la presente propuesta de Abordaje Gerontológico:

- a. Conocer y partir de las características particulares de las personas participantes.
- b. Las personas participantes son seres autónomos e independientes.
- c. El conocimiento previo y experiencia personal representan un recurso fundamental.
- d. La disposición para aprender se encuentra ligado a la experiencia de vida de cada persona.
- e. Se enfatiza en el aprendizaje que surge a partir del contexto en que se desenvuelve la persona.
- f. El valor del aprendizaje obtenido se encuentra vinculado al beneficio generado.

CAPITULO III

Marco Contextual

3.1. La provincia de Cartago

La provincia de Cartago se encuentra conformada por ocho cantones: Central, El Guarco, Oreamuno, La Unión, Alvarado, Jiménez, Paraíso y Turrialba; en estos habitan cerca de 490903 personas de las cuales el 49% son hombres (240873) y el restante 51% son mujeres (250030); el 7% (34227) corresponden a personas adultas mayores, entre hombres y mujeres (Centro Centroamericano de Población, 2014).

De la población adulta mayor que reside en la provincia de Cartago, según el Censo de Población y Vivienda 2011, se encuentra que 18223 personas (53%) corresponden al género femenino y 16004 (47%) al masculino (Centro Centroamericano de Población, 2014).

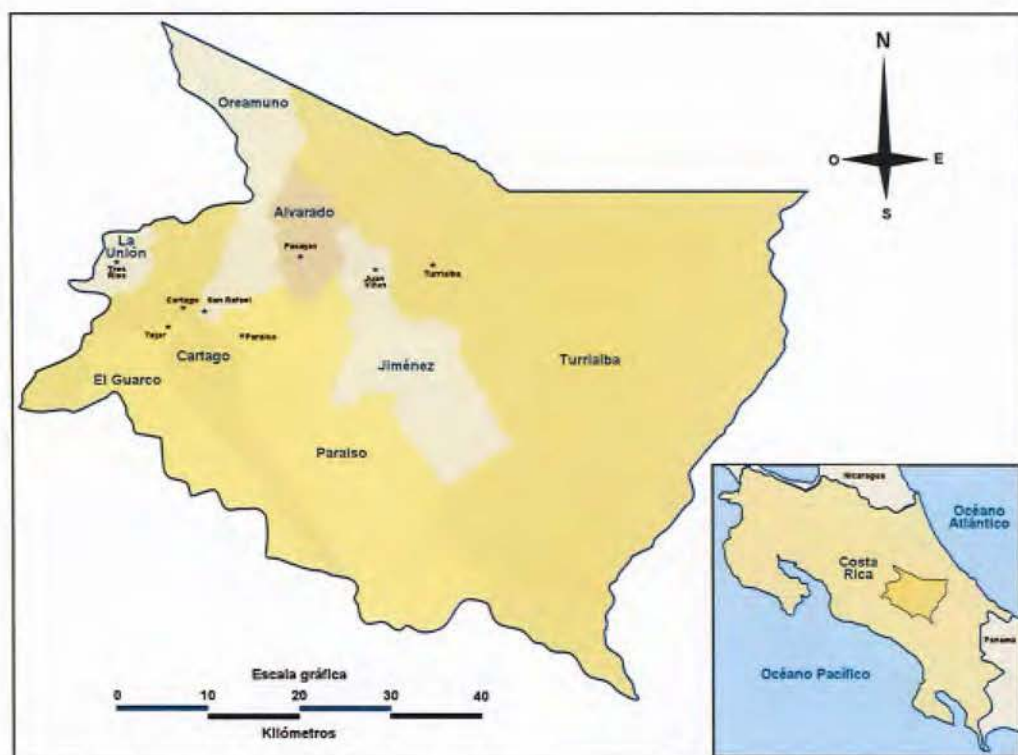


Figura N°1. División administrativa de la provincia de Cartago.

A continuación se presenta una serie de información relacionada con la provincia y el estilo de vida de sus habitantes, con la finalidad de brindar un panorama sobre la realidad que enfrenta la población.

En cuanto a la tenencia de las viviendas según el Centro Centroamericano de Población (2014) las casas de habitación que ocupan principalmente son propias con y sin hipotecas, aproximadamente el 71%; en segundo lugar se encuentra la figura del alquiler que representa el 13%.

Por otra parte las viviendas localizadas en las zonas denominadas precarios representan el 1%, el cual a pesar de evidenciarse como un menor porcentaje en comparación con la población que ocupa una vivienda propia, es una realidad importante de considerar al realizar cualquier acercamiento con la población de la provincia.

En lo que respecta a las ocupaciones de las personas que residen en la provincia de Cartago se encuentra que el 21% de la población labora como empleado o empleada en una empresa privada, el 8% como trabajador o trabajadora independiente y el 6% como empleado o empleada del sector público (Centro Centroamericano de Población, 2014).

De los sectores económicos en los que se ubican personas económicamente activas se destaca el comercio (tanto al por mayor como al detalle) y la reparación de automotores y motocicletas; la industria manufacturera (por la presencia de Zonas Francas) y la agricultura y ganadería (Centro Centroamericano de Población, 2014).

Asimismo, según el Centro Centroamericano de Población (2014), la enseñanza y la construcción representan otros de los sectores económicos predominantes en la provincia de Cartago.

La provincia cuenta con gran variedad de servicios públicos y sociales entre los que se pueden destacar: centros comerciales, centros de negocios, zonas francas, empresa generadora de electricidad, oficinas locales de

entidades gubernamentales (Patronato Nacional de la Infancia, Instituto Mixto de Ayuda Social, Instituto Nacional de Seguros, Instituto Nacional de Aprendizaje, Universidad de Costa Rica, Instituto Tecnológico de Costa Rica, Universidad Estatal a Distancia), servicios de salud de primer y tercer nivel de atención, entre otros.

3.2. Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez

El Hospital Dr. Benemérito Maximiliano Peralta Jiménez se encuentra ubicado en la provincia de Cartago. Según Cubillo (2014) la población adulta mayor que se encuentra adscrita al Hospital Dr. Max Peralta asciende aproximadamente a 36306 personas, de las cuales el 46% son hombres (17053) y el restante 54% son mujeres (19253).

La zona de adscripción del centro hospitalario corresponde a la provincia de Cartago, además de algunas zonas de la provincia de San José, a continuación se detallan los cantones atendidos: Cartago, La Unión, Paraíso, Alvarado, El Guarco, Jiménez, Oreamuno, Turrialba, Tarrazú, León Cortes, Desamparados, Dota (Cubillo, 2014).

Para la atención de la población se cuenta con servicios de hospitalización en especialidades como Medicina (Hombres y Mujeres), Cirugía (Hombres y Mujeres), Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología (Cubillo, 2014).

Asimismo, cuenta con la Consulta Externa de 37 especialidades médicas, las que se encuentran relacionadas con Medicina como Cardiología, Cuidados Paliativos, Dermatología, Endocrinología, Fisiatría, Geriatria, Gastroenterología, Hepatología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Psiquiatría, Rehabilitación, Reumatología, Infectología; las asociadas con Cirugía como Tórax, Cirugía General, Cirugía y Medicina Oncológica, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Urología, Vascular Periférico; las de Ginecología como Gineco-Oncología, Obstetricia y Perinatología; finalmente las especialidades

de Pediatría como Cardiología, Cirugía, Gastroenterología, Neonatología, Neurología, Urología (Cubillo, 2014).

De los servicios que brinda el Hospital Dr. Max Peralta a la población adulta mayor, se identifican dos, a nivel de Consulta Externa dirigidos exclusivamente para este sector poblacional: la consulta con los especialistas médicos en Geriátrica y la Unidad de Atención Domiciliar en Salud (UADS).

La UADS se encarga de brindar atención domiciliar a las personas mayores de 60 años cuya condición de salud limita su capacidad y posibilidades de movilización, por lo tanto son dependientes para la realización de actividades de la vida diaria y se les dificulta su traslado al centro hospitalario para recibir las atenciones en salud que requieren (Blanco, comunicación personal, 16 de setiembre del 2014).

3.3. Trabajo Social en la Caja Costarricense de Seguro Social

La profesión de Trabajo Social inicia sus labores para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en los años cuarenta, establecido así en su Ley Constitutiva (1943) en su artículo N° 20.

En un inicio sus funciones se encontraron direccionadas a la resolución de las problemáticas obrero patronales, la orientación para que la población cumpliera con las leyes y reglamentos existentes en torno al Seguro Social, el seguimiento a las personas que se encontraban siguiendo un tratamiento por alguna enfermedad infecto-contagiosa, los ingresos de las personas aseguradas a otros hospitales; así como para tramitar las denuncias asociadas con la atención médica, paramédica y administrativa (Servicio de Trabajo Social, 2014).

El Trabajo Social en la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con una Coordinación Nacional, que pertenece a su vez a la Gerencia Médica, la

cual posee como principal función emitir criterios técnicos asociados a la intervención profesional de las y los trabajadores sociales de la institución (Servicio de Trabajo Social, 2014).

El Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez cuenta con un Servicio de Trabajo Social, que depende de la Coordinación Nacional. Entre las principales acciones que se realizan desde este servicio se destacan: la investigación, la capacitación y la atención social (C.C.S.S, 2006).

La investigación se encuentra dirigida al abordaje y estudio de diversos aspectos que fundamenten la intervención profesional, y a la vez generen conocimiento científico para las ciencias sociales y de la salud.

La capacitación incluye los procesos educativos sobre aspectos sociales y en salud dirigidas al personal de la institución (usuarios/as internos/as) y a las personas usuarias de los servicios que brinda el centro hospitalario (externos/as).

Así como, la atención social mediante la cual se desarrollan procesos de investigación, diagnóstico interpretativo y tratamiento social, con la finalidad de identificar factores de riesgo y protectores, definir problemas sociales y planes de intervención para efectuar modificaciones en la realidad. Esta atención se desarrolla de en los ámbitos individual, grupal y comunal.

Es en esta última línea de acción "Atención Social", en la cual se ubica la presente investigación aplicada, en su dimensión grupal, mediante la que a partir de la identificación de necesidades específicas, en este caso las de las personas cuidadoras de personas adultas mayores, se desarrollan procesos grupales socioeducativos, con el objetivo de fortalecer las capacidades internas de las y los participantes; así como la movilización de las redes de apoyo (C.C.S.S.; 2006).

CAPITULO IV

Marco Metodológico

En este capítulo se detalla el posicionamiento del paradigma, el enfoque asumido y la estrategia metodológica de investigación utilizada en el proyecto de investigación aplicada, así como las personas participantes en el mismo, los instrumentos y técnicas de recolección de información, las técnicas para el tratamiento y análisis de la información.

4.1. Paradigma, enfoque y metodología de investigación

La posición desde la cual se realiza la lectura y comprensión de la realidad es lo que se conoce como el paradigma, este proceso puede llevarse a cabo desde una lógica formal, asociada con una relación vertical entre el sujeto cognoscente y el objeto de estudio (estático, perenne), o bien desde una lógica dialéctica, cuya relación sujeto-objeto se desarrolla en un ir y venir, partiendo de un constante cambio y movimiento de la realidad contradictoria (López y Calvo, 2008).

El materialismo histórico, como una lógica dialéctica, fundamenta la presente investigación aplicada como paradigma, según López y Calvo (2008), este establece la realidad como un conjunto de acontecimientos y fenómenos que además de encontrarse interrelacionados entre sí, son definidos por el momento histórico en que se inscriben y las universalidades que predominen en ese período.

En lo que refiere a lo planteado desde la dialéctica sobre la relación sujeto-objeto, se destaca lo planteado por Lefebvre (1975) *“en términos filosóficos, el sujeto (el pensamiento, el hombre que conoce) y el objeto (los seres conocidos) actúan y reaccionan continuamente uno sobre el otro (...)”* (p 55).

Partiendo de un paradigma materialista-histórico dialéctico, lo

cualitativo se identifica como el enfoque de investigación apropiado para la investigación aplicada, dado que este permite describir, interpretar y comprender la realidad, así como el accionar humano desde un “ambiente natural”, su historicidad (Hernández, 2006).

El proceso propuesto desde lo cualitativo establece un diseño abierto y flexible, que facilite el acercamiento a la realidad, el ir y venir entre el sujeto-objeto (Hernández, 2006).

De acuerdo al paradigma y enfoque de investigación seleccionado; así como a las particularidades de la presente investigación aplicada, se identifica que la estrategia metodológica de la Investigación Acción define los parámetros de abordaje que más se ajustan a los objetivos planteados.

Para Regueyra (2002), la investigación-acción es llevar a cabo procesos de investigación desde la acción, con el objetivo de modificar la realidad; por lo que retoma algunas características de la misma y la define como una experiencia multidisciplinaria concreta ubicada en la realidad y contexto del objeto de estudio, a partir del cual se define un problema y objetivo de investigación.

Según Regueyra (2002) este tipo de investigación pretende el cambio de la realidad conocida, desarrollando acciones éticas que generen estrategias para la transformación de la misma.

Así, al hacer uso de la investigación acción se pretende la construcción del conocimiento mediante la participación responsable y activa de todas las personas que son actores sociales incluyendo a la propia investigadora, forjando más real y evidente para sí el contexto histórico, cultural, social, político, económico, en el cual se introduce.

Aunado a ello, según Méndez (2002), la Investigación Acción propicia procesos creativos, reflexivos, activos, auténticos, que facilitan la comunicación constante y honesta entre las y los actores sociales

involucrados. Mediante acercamientos a la realidad en los que se logre identificar de manera conjunta con los/as que lo viven aquellos problemas, necesidades, intereses, que más afectan las situaciones sociales expresadas.

Debido a esto, Méndez (2002) afirma que las técnicas e instrumentos a utilizar para la recolección y análisis de la información, deben promover la reflexión y el carácter propositivo de acciones, mediante la participación constante de las personas involucradas.

4.2. Personas participantes

Las personas participan en este estudio de manera consentida, informada y voluntaria, se invitan entre 10 y 15 personas, con un rango de edad definido entre 30 y 64 años de edad, todas mujeres, residentes en la Provincia de Cartago, cuidadoras informales principales de una persona adulta mayor atendida en el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez.

Para identificarles se hace uso de los registros del Servicio de Trabajo Social del centro hospitalario mencionado y se contactan vía telefónica para invitarlas a participar en el diagnóstico de las necesidades sentidas, reales y potenciales.

Como criterios de inclusión para participar en esta investigación aplicada, se destacan:

- ✓ Ser cuidadora informal principal de una persona adulta mayor,
- ✓ Por un período mínimo de un año,
- ✓ Tener a su cargo a una persona adulta mayor en condición de dependencia parcial o total para las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana,
- ✓ Con un horario mínimo de 8 horas diarias de cuidado,

- ✓ Ser vecina de la Provincia de Cartago,
- ✓ Tener tiempo o bien apoyo familiar para participar,
- ✓ Deseo de participar voluntariamente en las actividades programadas,
- ✓ No encontrarse en condición de discapacidad auditiva, visual o intelectual severa, porque las estrategias metodológicas previstas implican para su realización, la total capacidad desarrollada por su condición y edad, sin presentar problemas significativos en esas áreas.

4.3. Encuadre metodológico

En el desarrollo del presente estudio se identifican cuatro momentos:

4.3.1. Diagnóstico

Para el diagnóstico se llevan a cabo dos sesiones socioeducativas con las personas seleccionadas, mediante las cuales se logra identificar las necesidades, problemas e intereses de las participantes.

De tal forma que la información obtenida justifica y fundamenta las acciones desarrolladas en la propuesta de abordaje gerontológico que se construyó.

4.3.2. Ejecución de la propuesta

En este momento se pone en práctica la propuesta de abordaje gerontológico, mediante la realización de diez sesiones socioeducativas, donde se analiza y brinda atención a los principales problemas, necesidades e intereses identificadas mediante el diagnóstico.

Las sesiones semanales se desarrollan con una duración de dos horas aproximadamente, en un aula de las oficinas de la Cruz Roja Cartago, bajo la modalidad de talleres participativos.

4.3.3. Evaluación

La evaluación no se realiza en un momento específico del proceso, es una actividad que se lleva a cabo de manera continua y a lo largo del mismo.

En ésta se valora el cumplimiento de objetivos planteados para cada actividad, de tal forma que durante el desarrollo de la propuesta de abordaje gerontológico se pueden definir cambios a lo programado que responden a la realidad y a las particularidades del grupo.

Cabe mencionar que las evaluaciones realizadas parten de los criterios de la Andragogía, que establecen que el proceso de aprendizaje se define a partir de las necesidades, intereses y experiencia de las personas participantes.

4.3.4. Devolución de los resultados

Una vez sistematizada la experiencia desarrollada y los principales hallazgos obtenidos, se realiza una sesión con representantes de la Maestría en Gerontología, el Sistema de Estudios de Posgrado, el Hospital Dr. Max Peralta Jiménez y las personas participantes, con la finalidad de presentar los resultados de la investigación aplicada realizada.

4.4. Instrumentos y técnicas de recolección de la información

En este apartado se presentan los instrumentos y técnicas que se utilizan en la presente propuesta de intervención para la recolección de los datos durante el proceso de diagnóstico.

4.4.1. Instrumentos para la recolección de datos

Los instrumentos utilizados permiten obtener información

trascendental y completa sobre las necesidades sentidas, reales, y potenciales; así como determinar los riesgos y problemas de las personas cuidadoras de personas adultas mayores, con el objetivo de que de manera conjunta se construya una propuesta de abordaje gerontológico para prevenir el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

Se utilizan como instrumentos una ficha de registro con información sociodemográfica, datos personales, familiares, sociales, entre otros; con el objetivo de facilitar la escogencia de las personas participantes (Anexo 1).

Y un cuaderno de campo para las observaciones participantes (Anexo 2), para registrar los datos y aspectos observados relacionados con la realidad social observada, así como las percepciones y vivencias experimentadas.

4.4.2. Técnicas para la recolección de datos

En el diagnóstico propuesto en esta investigación aplicada, con el fin de estudiar las múltiples expresiones del Síndrome del/la Cuidador/a Cansado/a, así como la naturaleza del fenómeno, sus circunstancias y contexto, requirió de técnicas que permiten profundizar en la subjetividad de las personas para comprender de una manera más exacta su condición como cuidadoras principales de personas adultas mayores.

Por lo que se realizan dos sesiones grupales en las cuales se hace uso de tres técnicas: la lluvia de ideas, el árbol de problemas y la observación participante (Anexo N°3).

La lluvia de ideas tiene como finalidad obtener la mayor cantidad de información sobre un tema determinado, mediante la participación sistemática de las personas asistentes a un grupo, a las cuales se les solicita su opinión sobre un tema o aspecto particular que se desea explorar o ampliar. (Anexo N°5)

Esta técnica brinda la posibilidad de acceder al conocimiento de las personas participantes de una manera creativa y espontánea, favoreciendo la identificación de nuevos aspectos y temas relacionados con la temática definida.

Mediante la técnica del árbol de problemas se pretende identificar y organizar cuáles son las posibles causas y consecuencias de un problema determinado, de modo que en la figura del árbol en el tronco se ubica el problema central, en las raíces las presuntas causas y en las ramas las consecuencias del mencionado problema (Fernández y Martínez, 2010) (Anexo N°6).

Por su parte la observación participante, según Camacho y Pardo (1994), es el “trabajo de campo”, el involucrarse, interactuar y formar parte - durante un largo período de tiempo- de una realidad; que facilita la comprensión de ésta, así como el desarrollo de la capacidad de autocrítica.

Por lo que es en la cual participan todos nuestros sentidos al observar todos los aspectos asociados con el ambiente, las y los actores involucrados, sus interacciones y formas de relacionarse (Hernández, 2006).

Esta técnica permite observar detalladamente a cada persona durante el período que dure el proceso de intervención (Anexo N°7).

4.4.3. Técnicas para el análisis de la información

En este apartado se describen las técnicas utilizadas para el tratamiento y análisis de la información, las cuales corresponden a la sistematización, la triangulación y el análisis de contenido.

a) La Sistematización

La sistematización es una técnica utilizada para la reconstrucción de experiencias prácticas concretas, asociadas generalmente a los procesos de

educación, organización y promoción popular-social, los cuales son procesos dinámicos y complejos en los que inciden diferentes aspectos como el contexto, las situaciones particulares que acontezcan, las acciones realizadas, las percepciones e interpretaciones, los resultados obtenidos, las relaciones entabladas, entre otros (Jara, 1994).

Es utilizada, según Jara (1994), para reflexionar sobre las acciones desarrolladas, a partir de una reconstrucción ordenada del proceso, con el objetivo de descubrir su lógica, los factores que han intervenido, la forma en que se entablaron las relaciones y las razones del por qué se obtuvieron determinados resultados, para la construcción del conocimiento.

Jara (1994), afirma que mediante la sistematización se obtiene conocimiento generado desde y para enriquecer la práctica, que permite transmitir la experiencia y confrontarla con otras experiencias o con el conocimiento teórico existente.

Jara (1994) propone cinco momentos para la implementación de la técnica de la sistematización: la definición del punto de partida, la identificación de las preguntas iniciales, la recuperación del proceso vivido, la reflexión de fondo y los puntos de llegada.

En el momento punto de partida Jara (1994) establece que solamente puede sistematizar quien haya participado de una experiencia, y que se requiere de contar con todos aquellos registros necesarios que permitan precisar lo sucedido durante la ejecución de –en este caso- una investigación aplicada.

Para la presente investigación la estudiante participa en todo el proceso y es la encargada de ejecutar la propuesta de abordaje gerontológico presentada, para lo cual se define el uso de dos instrumentos de registro “Ficha de registro” y el “Diario de Campo” (Anexos 1 y 2).

Al momento de definir las preguntas iniciales, Jara (1994) propone que se establezcan el objetivo, el objeto y el eje de la sistematización; en este caso el objetivo de la sistematización es reconstruir las experiencias de las cuidadoras de las personas adultas mayores en la propuesta de abordaje gerontológico sobre la prevención del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

El objeto de la sistematización son las experiencias de las personas participantes con respecto a los aspectos abordados en la propuesta de abordaje gerontológico sobre prevención del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada en el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, en el período 2014-2015.

El eje de sistematización es la propuesta de abordaje gerontológico sobre Prevención del Síndrome de la persona cuidadora dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

La cual consiste en la realización de un diagnóstico participativo de las necesidades, problemas e intereses de las cuidadoras, con la finalidad de construir un diseño de abordaje gerontológico, ejecutar la propuesta y evaluar los resultados obtenidos y el aprendizaje generado.

Para el momento de la recuperación del proceso vivido, el autor establece que se deberá reconstruir la historia, para luego organizar y clasificar la información de acuerdo al objetivo, al objeto y al eje definido previamente.

Este proceso en la investigación aplicada se realiza posterior a la puesta en práctica de la propuesta de abordaje gerontológico, con base en la información registrada mediante la observación participante y la recolectada en los "Diarios de Campo".

Durante el momento de la reflexión se espera que se produzca un análisis reflexivo, crítico y analítico de la información, así como de los

resultados obtenidos, mediante –por ejemplo- una guía de preguntas que cuestionen el proceso y la experiencia vivida (Jara, 1994).

Se espera reflexionar y analizar la información obtenida a partir de la sistematización evaluando el cumplimiento de los objetivos planteados tanto para la sistematización en sí, sino también para la investigación aplicada.

Esta reflexión es guiada por interrogantes como:

¿Los temas abordados brindan herramientas para construir y fortalecer estrategias que permitan prevenir el Síndrome de la persona cuidadora?

¿Las actividades realizadas en las sesiones socioeducativas cumplieron con su objetivo y satisficieron las necesidades de las personas participantes?

¿Cuáles factores no fueron considerados en el diseño y ejecución de la propuesta que podrían ser recomendaciones para mejorarla?

¿Se alcanzaron las metas planteadas?

Finalmente en el punto de llegada, Jara (1994) define que se deben formular conclusiones del proceso vivido y comunicar lo aprendido a todas aquellas personas que participaron, así como a quien corresponda.

Por lo que la formulación de las conclusiones se realiza a partir de las reflexiones y análisis de los resultados obtenidos en la ejecución de la propuesta; en relación con los aportes teórico-conceptuales del marco referencial.

La presente investigación aplicada, una vez finalizada, es presentada a las autoridades correspondientes institucionales y académicas, así como a las personas que participaron en el proceso de abordaje gerontológico. Con

la finalidad de realizar una devolución del aprendizaje obtenido y los aportes que desde la Gerontología se pueden brindar.

b) La Triangulación

La triangulación, según Cisterna (2005), implica compilar una variedad de datos referidos al mismo tema o problema, obtenidos de diferentes fuentes o teorías, así como mediante diversos métodos.

Ello con el objetivo de comparar las múltiples perspectivas de un problema y obtener información que no sólo permita el contraste, sino que genere nueva información que propicie trascender las lecturas de la realidad realizadas (Cisterna, 2005).

Para la presente investigación aplicada se lleva a cabo una triangulación de técnicas, por lo que se compara los resultados obtenidos mediante la ejecución de los talleres participativos, la revisión bibliográfica realizada para la construcción del marco teórico-conceptual y la observación participante.

c) El Análisis de Contenido

El análisis de contenido, según Bernete (2013), es una técnica sistemática y objetivada para estudiar documentos de cualquier índole, en los que se haga referencia a alguna temática en particular, sea real o no.

Asimismo, según Pérez (1998), mediante esta técnica se puede analizar el contenido de las comunicaciones escritas, orales y/o visuales; de tal forma que se puedan estudiar los significados latentes como manifiestos de cada discurso.

Pérez (1998) señala que en este proceso intervienen las actitudes, intereses, personalidad y valores de quien emite el mensaje, así como de quien lo recibe. Por lo que para utilizar esta técnica se deben construir

variables y categorías de análisis que respondan a los objetivos de estudio y criterios definidos, de acuerdo a lo propuesto en la investigación que se desea llevar a cabo.

Para iniciar este tipo de análisis, de acuerdo a lo planteado por Pérez (1998), se debe inicialmente definir qué es, para qué y por qué se analizará; una vez definido el objetivo se selecciona la unidad de contenido u objeto que se estudiará, delimitándola claramente.

Luego, Pérez (1998) establece que se precisarán las unidades de análisis, para su respectiva clasificación y recuento en las categorías que sean necesarias de acuerdo al estudio o investigación realizada.

Con este tipo de análisis se pretende profundizar en lo que se transmite con la finalidad de resumir, relacionar datos, identificar la relación interna entre la misma información, así como interpretarla y generar inferencias y conclusiones (Pérez, 1998).

4.4.4. Técnicas para el desarrollo y evaluación de la propuesta de abordaje gerontológico

Para la implementación de la propuesta de abordaje gerontológico se desarrollan diez sesiones grupales socioeducativas, de manera semanal, con una duración aproximada de dos horas, bajo la modalidad de taller participativo.

Mediante el desarrollo de procesos socioeducativos se busca profundizar en la realidad cotidiana de cada una de las personas involucradas, con el objetivo de construir estrategias que promuevan acciones transformadoras, a partir de la participación de las mismas personas, ya sea de manera individual o colectiva (Méndez, 2002).

Según Méndez (2002), este tipo de procesos favorecen el protagonismo de las personas en diferentes ámbitos (individual, grupal, local,

organizacional e institucional), para la lucha por mejores condiciones de vida. Es decir, propicia la transformación de personas objetos de estudio a sujetos de transformación.

La principal técnica socioeducativa que se utiliza es el taller participativo, mediante el cual se propicia la movilización de las personas participantes con la finalidad de compartir, colaborar y construir en conjunto. Es un espacio destinado a “aprender haciendo”, en el que se enfatiza en la importancia del proceso y no del producto obtenido, al mismo tiempo que se evalúa el cumplimiento de los objetivos propuestos para cada sesión.

Un taller tiene una duración aproximada de dos horas, y se deben considerar aspectos como institución donde se efectuará y sus características, las edades, escolaridad, medio sociocultural y económico de las personas participantes; asimismo el tamaño del grupo, la presencia de personas con dificultad para comunicarse verbalmente o con alguna modalidad de discapacidad intelectual, procurando promover que todos y todas puedan integrarse al grupo de acuerdo a sus posibilidades.

El taller se desarrolla en momentos, alternando actividades grupales y subgrupales. Inicialmente pueden desarrollarse actividades que impliquen movimiento, juegos de presentación, de rompehielo, de calentamiento y/o exploración del espacio físico.

En lo que respecta a la evaluación se utilizan técnicas participativas como parte de los mismos talleres, mediante las cuales se valore la comprensión y alcance de los objetivos propuestos.

Finalmente, se aplica un instrumento auto administrado para evaluar tanto la comprensión de las diferentes nociones conceptuales abordadas, como para definir la pertinencia de las actividades, las técnicas, el espacio y el material utilizado.

A partir del desarrollo de la Propuesta de Abordaje Gerontológico se propician espacios para que el grupo de pares logre compartir vivencias, plantear problemas, encontrar soluciones alternativas, comunicarse, ampliar o generar conocimiento, establecer apoyo entre ellas, entre otros aspectos; con el objetivo de prevenir las expresiones del Síndrome de la persona cuidadora cansada.

5.2. Contacto Inicial

En un primer momento se realiza una coordinación solicitando autorización a la Jefatura del Servicio de Trabajo Social, para llevar a cabo un proceso grupal desde dicho Servicio, se brinda visto bueno y se inicia el contacto con las posibles candidatas a participar en el mismo.

Se obtiene de los registros de las profesionales del Servicio los números telefónicos de 25 mujeres cuidadoras quienes podrían participar en la propuesta definida, de acuerdo a los criterios establecidos para la participación.

Se contactan vía telefónica y se invitan a participar en un diagnóstico de necesidades, problemas e intereses realizado el día 11 de marzo, 2015; al cual asisten 9 personas.

Con respecto a las mujeres asistentes a esta sesión diagnóstica se destaca que se encuentran entre un rango de edad de 40 a 60 años, con educación primaria completa, dedicadas a oficios domésticos no remunerados y al cuidado informal de familiares (padres, madres, tíos, tías, suegras), sin un ingreso económico propio, solamente una de ellas recibe un pago representativo por su labor de cuidado, dado que asume el cuidado de todas y todos sus hermanos; portadoras de enfermedades crónicas no transmisibles como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Además, todas las participantes se han mantenido realizando estas labores de cuidadoras principales por un promedio de dos años, en un horario diurno de mínimo ocho horas diarias, y han sido atendidas en el Servicio de Trabajo Social a partir del reconocimiento del recargo en el cuidado, los problemas para reorganizar el apoyo familiar, así como del riesgo a mediano y largo plazo de presentar indicadores sugestivos del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

Las personas adultas mayores atendidas por las cuidadoras son portadoras de enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus), así como de demencia de tipo Alzheimer y Vascular, en su mayoría dependientes para la realización de las actividades básicas de la vida, por lo que requieren de un cuidado constante y las cuidadoras cuentan con limitado tiempo libre.

Como resultado del diagnóstico se obtienen los siguientes resultados:

Problemas	Temáticas
Falta de apoyo familiar Problemas en la comunicación	Redes sociales y tipo de apoyo. Comunicación asertiva.
Necesidades	Temáticas
Descanso Tiempo libre Economía Metas personales	Autocuidado Proyecto de vida
Intereses	Temáticas
Cuidados de las personas adultas mayores Enfermedades mentales	Proceso de envejecimiento Vejez

Como se observa, los problemas, necesidades e intereses de las personas cuidadoras asistentes a la sesión del diagnóstico se encuentran asociados a su condición como cuidadoras principales y al recargo del cuidado, según lo definen Aldana y García (2011), quienes como cuidadoras asumen en su totalidad la responsabilidad del cuidado de una persona que requiere de una atención constante y por tiempo prolongado; donde las familias comúnmente no les brindan apoyo, minimizando o eliminando el tiempo libre

con que cuentan para efectuar actividades diferentes al cuidado, como lo plantean Félix et al (2012).

Asimismo, se evidencia, al indicar como una necesidad la economía, que las personas cuidadoras principales informales reducen sus posibilidades de participar en la esfera laboral remunerada, con las consecuencias propias de esta limitación: la disminución de sus ingresos económicos, tal como lo plantean La Parra y Masanet (2009).

Al revisar los problemas y necesidades señalados por las cuidadoras asistentes, se identifica en el grupo de participantes indicadores como los problemas de comunicación, la falta de apoyo familiar y por ende la ausencia de tiempo para descanso, recreación y la obtención de metas personales, que generan en ellas frustración y desgaste, como lo establece Cuellar y Sánchez (2012), que podrían a mediano o largo plazo generar la aparición de manifestaciones del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, que aun no se evidencia en las mismas.

De ahí que se construye una Propuesta de Abordaje Gerontológico dirigido a las cuidadoras de personas adultas mayores para prevenir la aparición de los indicadores del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

5.3. Diseño Instruccional

Nombre: Propuesta de Abordaje Gerontológico a cuidadoras de personas adultas mayores para prevenir el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada. Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Duración: 9 semanas

Tiempo: 2 horas y treinta minutos semanales

Total de Horas: 23 horas

Lugar de reunión: Aula de la Cruz Roja Costarricense Cartago.

Requisitos:

Ser cuidadora informal principal de una persona adulta mayor,

Por un período mínimo de un año,

Tener a su cargo a una persona adulta mayor en condición de dependencia parcial o total para las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana,

Con un horario mínimo de 8 horas diarias de cuidado,

Ser vecina de la Provincia de Cartago,

Tener tiempo o bien apoyo familiar para participar,

Deseo de participar voluntariamente en las actividades programadas,

No encontrarse en condición de discapacidad auditiva, visual o intelectual severa, porque las estrategias metodológicas previstas implican para su realización, la total capacidad desarrollada por su condición y edad, sin presentar problemas significativos en esas áreas.

Investigadora: Marcia Leiva Chacón.

Personas a cargo:

- Investigadora.
- Personas invitadas para temas especiales.

5.3.1. Introducción al programa

Esta propuesta de abordaje gerontológico se desarrolla bajo los criterios de la Andragogía y con técnicas participativas socioeducativas con la finalidad de construir y fortalecer de manera conjunta con las personas participantes las condiciones que permitan prevenir la aparición y/o el desarrollo de los síntomas del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

Se abordan temas como: el proceso de envejecimiento, el autocuidado, el envejecimiento activo, la socialización de género, la comunicación asertiva, los síntomas del síndrome del cuidador cansado, entre otros.

5.3.2. Descripción del programa

Esta propuesta se dirige a mujeres cuidadoras principales de personas adultas mayores, vecinas de la provincia de Cartago, con tiempo y deseo para participar voluntariamente en las actividades programadas.

Para el desarrollo de la propuesta se identifican diferentes momentos que aunque no son lineales se exponen en un orden lógico didáctico. En primera instancia se lleva a cabo un diagnóstico de las necesidades, problemas e intereses de las mujeres desde su posición como cuidadoras de personas adultas mayores.

A partir de dicho diagnóstico se organizan y priorizan las necesidades, problemas e intereses por temas y ejes, para la construcción de nueve sesiones agrupadas de acuerdo a su contenido en unidades temáticas.

En cada sesión se abordan los contenidos obtenidos a partir del diagnóstico mediante la utilización de técnicas participativas socioeducativas, las cuales permiten y propician el empoderamiento de las participantes.

Asimismo, se programa la ejecución de evaluaciones para cada sesión semanal para verificar el cumplimiento de los objetivos planteados, así como al final del proceso grupal para valorar aspectos generales asociados con la totalidad de la propuesta.

Cuando las sesiones semanales sean desarrolladas por alguna persona invitada se coordina de manera previa con el o la invitada para brindar información general sobre el grupo y la dinámica establecida, así como para solicitar que se incluya un espacio para la respectiva evaluación.

5.3.3. Justificación

La presente propuesta de abordaje gerontológico se enmarca como una alternativa de abordaje con las personas cuidadoras de personas adultas mayores que recargadas y a la vez invisibilizadas sus labores, no cuentan con un espacio para desarrollar actividades dirigidas a mejorar su calidad de vida.

Estas personas, principalmente mujeres, colocan en segundo plano sus necesidades, intereses y problemas, estableciendo como prioridad todo aquello que la persona que requiere cuidado demanda.

Por lo que se evidencia la necesidad de construir una propuesta de abordaje gerontológico que brinde herramientas a estas mujeres para propiciar el desarrollo de estrategias de autocuidado que les permita mejorar sus condiciones y calidad de vida, e indirectamente mejore las condiciones de cuidado de las personas adultas mayores cuidadas.

5.3.4. Objetivo general

Al finalizar la ejecución de la propuesta de abordaje gerontológico con las cuidadoras de personas adultas mayores atendidas en el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, cada participante podrá identificar al menos cuatro acciones a desarrollar para prevenir el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

5.3.5. Objetivos específicos

A continuación se presentan los objetivos específicos propuestos para cada una de las unidades diseñadas:

- ✓ Al finalizar la primera unidad "Envejecimiento y vejez" cada una de las personas participantes será capaz de identificar los conceptos básicos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, así como los cambios asociados a ambos conceptos.

- ✓ Al finalizar la segunda unidad "*Socialización de Género*" cada una de las personas participantes será capaz de identificar la forma en que el proceso de socialización define social, cultural e históricamente la forma en que hombres y mujeres se comportan; el impacto que este proceso tiene en las relaciones sociales entre los géneros e intergeneracionalmente, así como en las múltiples expresiones de violencia intrafamiliar.
- ✓ Al finalizar la tercera unidad "*El cuidado y atención de personas adultas mayores*" cada una de las personas participantes será capaz de señalar las diferentes de redes de apoyo y tipos de apoyo que pueden recibir desde el ámbito personal, así como en su desempeño como cuidadoras.
- ✓ Al finalizar la cuarta unidad "*Autocuidado*" cada una de las personas participantes será capaz de identificar aquellas actividades que pueden desarrollar para mejorar su condición y calidad de vida de manera integral.

5.3.6. Unidades de la propuesta de abordaje gerontológico

Las unidades temáticas definidas para la propuesta de abordaje gerontológico son:

- I. Envejecimiento y Vejez.
- II. Socialización de Género.
- III. El Cuido y la atención de las personas adultas mayores.
- IV. Autocuidado.

Seguidamente se detallan cada una de las unidades desarrolladas:

Unidad I. Envejecimiento y vejez. Conformada por 2 sesiones, en las cuales se abordan los siguientes temas:

- A. Envejecimiento y vejez. Cambios biopsicosociales asociados al envejecimiento.
- B. Mitos y estereotipos de la vejez.
- C. Enfermedades durante la vejez.
- D. Relaciones familiares en el proceso de envejecimiento.

Unidad II. Socialización de Género. Conformada por 2 sesiones, en las que se abordan los siguientes temas:

- A. Proceso de socialización de género.
- B. Violencia Intrafamiliar.

Unidad III. El Cuido y atención de las personas adultas mayores. Conformada por 1 sesión con el tema:

- A. Apoyo
- B. Redes sociales
- C. Tipos de apoyo.

Unidad IV. Autocuidado. Conformada por 3 sesiones, en las cuales se abordan los temas:

- A. Alimentación saludable.
- B. Actividad física.
- C. Estilos de comunicación y la comunicación asertiva.
- D. Autoconocimiento.
- E. Autoestima
- F. Proyecto de vida.

5.3.7. Descripción de las unidades y las sesiones.

A continuación se describen cada una de las unidades de la propuesta de abordaje gerontológico:

5.3.7.1. Unidad I. Envejecimiento y vejez.

En esta unidad se aborda con las personas participantes los conceptos generales del proceso de envejecimiento y vejez, así como los cambios biopsico sociales asociados; con el objetivo de que diferenciarlos y brindar una visión integral de los mismos y del impacto en las relaciones familiares.

Asimismo, se esclarecen aspectos básicos sobre las múltiples enfermedades que se pueden presentar durante la vejez, las cuales no son exclusivas de un momento específico del ciclo vital.

Se desmitifican y reflexiona sobre algunos de los principales mitos y estereotipos de la vejez, así como el impacto que éstos tienen en las relaciones intergeneracionales familiares.

5.3.7.2. Unidad II. Socialización de Género.

Esta unidad comprende dos contenidos básicos para el abordaje integral de las cuidadoras y sus realidades: el proceso de socialización de género mediante el cual se establecen los patrones, características, estereotipos y tareas sociales que definen a un hombre y a una mujer; y la diversidad de expresiones de la Violencia Intrafamiliar.

Dado que abordar dicho proceso es medular para la comprensión de cómo la violencia y sus manifestaciones se reproducen socialmente, y permea gran parte de los escenarios de la cotidianidad de cada ser humano.

5.3.7.3. Unidad III. El Cuido y atención de las personas adultas mayores.

En esta unidad se exploran los conceptos básicos de apoyo y tipos de éste, así como de las redes sociales. Se pretende que las participantes

identifiquen qué y quienes representan una fuente de apoyo para ellas, así como el tipo de soporte que pueden brindarles.

Se señala, también, la importancia que poseen las diferentes redes sociales en que se encuentra inmersa la persona y los beneficios que se pueden obtener de estas fuentes de apoyo, ya que como cuidadoras principales informales enfrentan el riesgo latente del desgaste o cansancio por el cuidado, y conocer sobre dónde pueden obtener apoyo alternativo cuando sea necesario brinda la posibilidad de prevenir que ello les genere mayores implicaciones en su estado de salud integral.

5.3.7.4. Unidad IV. Autocuidado.

Finalmente, en la unidad de Autocuidado se pretende abarcar dos de las dimensiones del autocuidado: la física y la psicológica; ello con base en los resultados obtenidos en el diagnóstico realizado.

En cuanto a la dimensión física se abordan dos grandes temáticas: la alimentación saludable y la actividad física; para la sesión en que se abordan estos temas se cuenta con la participación de la Licda. María Paola Sequeira Arce y la Licda. Rosa Navarro Solano.

El objetivo es lograr que las participantes obtengan mayor información que puedan poner en práctica en su cotidianidad con respecto a los grupos de alimentos saludables, las prácticas alimenticias sanas y los beneficios de la actividad física.

Con respecto a la dimensión psicológica de inicio se exploran los estilos de la comunicación, y el impacto que tienen en las relaciones interpersonales, se enfatiza en la comunicación asertiva como una herramienta beneficiosa para la vida cotidiana.

Luego, se efectúan técnicas para propiciar el fortalecimiento de áreas como el autoconocimiento, la autoestima y el proyecto de vida de cada una

de las participantes, como un medio para que éstas logren colocar sus necesidades personales también como prioridades.

Unidad I. Envejecimiento y vejez.

Nombre de la sesión: Envejecimiento y vejez, diferencias e impactos.

Fecha: 18 de marzo, 2015 **Hora:** 1:30 p.m. **Duración:** 2 horas y 30 minutos

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago. **Responsable:** Marcia Leiva Chacón

Objetivo general: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar las diferencias existentes entre los conceptos proceso de envejecimiento y la vejez, así como el impacto en las relaciones familiares.					
Objetivo específico	Contenido	Actividad	Recursos	Tiempo	Evaluación
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar a la persona que impartirá las sesiones	Bienvenida y presentación	La estudiante se presenta ante las participantes y se brindan algunas indicaciones generales de la sesión	-	5 min	Durante las plenarios grupales se evalúa mediante la realización de preguntas relacionadas con el proceso de envejecimiento y vejez, su diferencia e impacto.
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar las reglas del grupo	Encuadre grupal	<u>Reglas del grupo:</u> Se construye mediante una lluvia de ideas lo permitido y no permitido durante las sesiones grupales	Papel periódico, Marcadores.	20 min	
Al finalizar la sesión cada participantes será capaz de sentirse afín con alguna de las otras personas asistentes	Rompe Hielo	<u>Técnica "Me gusta":</u> Se solicita que se agrupen de acuerdo a aspectos generales que le gusta a cada participante	-	15 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar algunas de las características del envejecimiento y sus momentos	Concepto general de envejecimiento	<u>Trabajo en subgrupos:</u> Se solicita a las participantes se agrupen en tres subgrupos, a cada uno le corresponde definir los acontecimientos, actividades y rol social que juegan las personas durante la niñez, la adolescencia y la adultez. Luego se presentan en plenaria cada uno de los aportes subgrupales.	Hojas con indicaciones, Lapiceros, Lápices.	20 min (Trabajo Subgrupal) 20 min (Plenaria)	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de mencionar algunas de las características biopsicosociales de la vejez	Concepto general de vejez	<u>Construcción grupal:</u> Se solicita a cada una de las participantes que anote en tarjetas características asociadas a los cambios biopsicosociales experimentados durante la vejez y los coloquen en un papelógrafo.	Papelógrafo con imagen de PAM, tarjetas, Lapiceros, Maskin Tape.	20 min	

<p>Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar los diferentes mitos y estereotipos de la vejez</p>	<p>Mitos y estereotipos de la vejez</p>	<p><u>Falso y Verdadero</u>: Se le entrega a cada una de las participantes dos tarjetas con la leyenda "Falso" y "Verdadero", se hace lectura de diferentes afirmaciones y se les solicita que muestren la tarjeta que consideren correcta.</p>	<p>Tarjetas, Afirmaciones.</p>	<p>20 min</p>	
<p>Al finalizar la sesión cada participante será capaz de relacionar el impacto que genera el proceso de envejecimiento en las relaciones familiares</p>	<p>Relación entre el proceso de envejecimiento y las relaciones familiares</p>	<p><u>Análisis de casos</u>: se divide a las participantes en tres subgrupos para que realicen lectura de un caso en el cual deben identificar el impacto del proceso de envejecimiento en las relaciones familiares descritas. Luego se realiza plenaria grupal para exponer y socializar conclusiones subgrupales.</p>	<p>Casos</p>	<p>10 min (Trabajo Subgrupal) 20 min (Plenaria)</p>	

Unidad I. Envejecimiento y vejez.

Nombre de la sesión: Enfermedades durante la vejez.

Fecha: 25 de marzo, 2015 **Hora:** 1:30 p.m. **Duración:** 2 horas y 30 minutos

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago. **Responsable:** Marcia Leiva Chacón

Objetivo general: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar las diferentes características de las principales enfermedades que se presentan durante la vejez.					
Objetivo específico	Contenido	Actividad	Recursos	Tiempo	Evaluación
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar a la persona que impartirá las sesiones	Bienvenida y presentación	La estudiante se presenta ante las participantes y se brinda algunas indicaciones generales de la sesión	-	5 min	Durante la lectura grupal del material educativo se evalúa la comprensión sobre el proceso de envejecimiento y vejez. Durante conversatorio se evalúa la comprensión de lo relativo a las enfermedades durante la vejez y su impacto en el
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar las reglas del grupo	Encuadre grupal	Se le entrega a cada una de las participantes una copia con las reglas del grupo construidas en la sesión anterior	Hojas con reglas del grupo	10 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de recordar los principales aspectos abordados en la sesión anterior	Concepto general de envejecimiento y vejez	Se reparte entre las participantes material educativo sobre el proceso de envejecimiento y la vejez, se solicita que se lea en grupo y se realice reflexión evaluativa sobre el tema	Material educativo	20 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de trabajar en equipo	Rompe hielo	<u>Técnica "Mono tú":</u> Se le solicita al grupo que forme un círculo. En la espalda de cada una se coloca una palabra sin que vean lo que es. Luego se forman parejas, una de ellas inicia viendo lo que tiene la otra en la espalda y trata de que su pareja adivine sin hacer sonidos la palabra que tiene en la espalda.	Palabras	20 min	

<p>Al finalizar la sesión cada participante será capaz de reconocer las características de las enfermedades que se presentan durante la vejez</p>	<p>Enfermedades durante la vejez y sus implicaciones en el ámbito familiar</p>	<p><u>Conversatorio:</u> El médico Geriatra y Gerontólogo E.B.U., se presenta para desarrollar un conversatorio con las participantes sobre las principales enfermedades que se presentan durante la vejez, así como sus implicaciones en el ámbito familiar.</p>	<p>Médico Geriatra y Gerontólogo</p>	<p>60 min</p>	<p>ámbito familiar.</p>
---	--	---	--------------------------------------	---------------	-------------------------

Unidad II. Socialización de Género.

Nombre de la sesión: Socialización de Género y sus implicaciones.

Fecha: 8 de abril, 2015 **Hora:** 1:30 p.m. **Duración:** 2 horas y 30 minutos

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago. **Responsable:** Marcia Leiva Chacón

Objetivo general: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar las diferencias existentes entre los conceptos sexo y género, y las implicaciones en la labor de cuidado.					
Objetivo específico	Contenido	Actividad	Recursos	Tiempo	Evaluación
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar a la persona que impartirá las sesiones	Bienvenida	La estudiante se presenta ante las participantes, retoma las reglas grupales y se brindaran algunas indicaciones generales de la sesión	-	10 min	Durante las plenarios grupales se evalúa mediante la realización de preguntas relacionadas con la diferencia entre sexo y género.
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de relacionarse con al menos otra asistente	Rompe Hielo	<u>Conociéndonos:</u> Se le facilita a las participantes una bolsa con confites y se les indica que tomen los que deseen de la bolsa, luego deben mencionar una característica personal por cada confite tomado.	Confites	15 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de definir qué es sexo y género	Conceptos básicos sobre sexo y género	<u>Así somos:</u> A cada participante se le hace entrega de una hoja con la imagen primero de un hombre y luego de una mujer, se les solicita enlisten las características físicas de cada uno. Se recogen y la facilitadora hace un listado con lo mencionado por cada participante. Luego, se les entrega otra hoja con las imágenes de un hombre y una mujer y se les solicita que indiquen cómo se comporta cada uno. Se recogen y la facilitadora hace un listado con lo mencionado por cada participante. En plenaria grupal se ponen en común los resultados de ambas actividades para reforzar teóricamente los conceptos de sexo y género.	Hojas con imágenes, Lapiceros, Papelógrafo.	10 min (cada trabajo individual) 30 min (plenaria grupal)	

Al finalizar la sesión cada participante será capaz de diferenciar los conceptos de sexo de género	Diferencia sexo y género	<u>Diferentes pero iguales</u> : Se divide el grupo en dos equipos y a cada uno se le da la consigna de encontrar las frases que se relacionen con el concepto de sexo y género de hombre y mujer; y colocarlas en el recipiente respectivo. Se revisa de manera grupal la colocación de cada frase en los recipientes.	Papeles con frases, recipientes	15 min (trabajo subgrupal) 20 min (plenaria grupal)	Durante las plenarios grupales se evalúa mediante la realización de preguntas relacionadas con la diferencia entre sexo y género.
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de reírse y relajarse	Rompe Hielo	<u>Carga eléctrica</u> : Las participantes deben formar un círculo, se elige una persona y se le pedirá que se aleje. Luego se elige una de las asistentes que le dirá que tiene carga eléctrica, y se le explica al grupo que cuando la voluntaria coloque su mano sobre la cabeza de quien tenga la carga, ellas deben gritar, bailar, moverse, etc..Después se llama a la voluntaria y explicarle que una de las presentes tiene carga eléctrica, y que deberá concentrarse e ir tocando la cabeza de cada una para descubrir quiénes.	-	20 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar las implicaciones que tiene la socialización de género en su labor de cuidado.	Implicaciones de socialización de género	<u>Reflexión final</u> : De manera grupal se motiva a la reflexión en torno a la forma en que la socialización de género incide en las labores de cuidado	-	20 min	

Unidad II. Socialización de Género.

Nombre de la sesión: Violencia Intrafamiliar y sus múltiples expresiones.

Fecha: 22 de abril, 2015 **Hora:** 1:30 p.m. **Duración:** 2 horas y 30 minutos

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago. **Responsable:** Marcia Leiva Chacón

Objetivo general: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de señalar el concepto de violencia, así como de sus múltiples expresiones.					
Objetivo específico	Contenido	Actividad	Recursos	Tiempo	Evaluación
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar a la persona que impartirá las sesiones	Bienvenida y presentación	La estudiante se presenta ante las participantes y se brindaran algunas indicaciones generales de la sesión	-	5 min	Durante las plenarios grupales se evalúa mediante la realización de preguntas relacionadas con la violencia y sus múltiples manifestaciones.
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de recordar los principales aspectos abordados en la sesión anterior	Conceptos básicos de la socialización de género	Se reparte entre las participantes material educativo sobre el proceso de socialización de género, se solicita que se lea en grupo y se realice reflexión evaluativa sobre el tema	Material educativo	20 min	
AL finalizar la sesión cada participante será capaz de señalar las características de la identidad femenina que se establece con la socialización de género	Nociones sobre la Identidad Femenina	Se solicita a cada una de las participantes que participe en la lectura de la reflexión "Ella y los Hombres" ¹ . Se hacen parejas, y se solicita que se reflexione sobre qué quiere decir la lectura sobre la identidad femenina.	Reflexión	10 min (Lectura grupal) 20 min (Trabajo parejas)	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar el concepto general de violencia	Concepto básico sobre la violencia	Se forman dos subgrupos y se les da la indicación de que formen bolas de papel con el periódico que se encuentra en el suelo. Luego deben iniciar una guerra y tirarse las bolas, cuando para la guerra se inicia la reflexión. ¿Qué es la violencia? ¿De dónde proviene? ¿Es interna o externa? ¿Cómo se comporta?	Periódicos viejos Hoja con ciclo de la violencia	30 min	

¹ Garda, R. (2006). Manual de Técnicas para la sensibilización sobre la Violencia de Género y Masculinidad en la Comunidad. Recuperado en: <http://w110.bcn.cat/Homes/Continguts/Documents/Fitxers/Manual%20de%20tecnicas%20para%20la%20sensibilizacion%20en%20genero%20y%20masculinidad.pdf>

Al finalizar la sesión cada participante podrá reconocer al menos cuatro expresiones de la violencia: física, emocional, patrimonial y sexual	Conceptos básicos de las expresiones de violencia	<u>Rompecabezas de la violencia</u> : se forman dos subgrupos y se les indica que deben armar los dos rompecabezas que se les entregue, los cuales contiene información sobre las diferentes expresiones de la violencia, deben leerla y comentar ejemplos. Luego en plenaria deben exponer cada contenido y los ejemplos comentados. Así como unir los cuatro rompecabezas.	Rompecabezas	20 min (Trabajo subgrupal) 30 min (Plenaria Grupal)	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de relajarse	Técnica de relajación	Se solicita a las participantes que cierren los ojos y escuchen el audio de relajación seleccionado	Audio Parlantes	15 min	

Unidad III. El cuidado y atención de personas adultas mayores.

Nombre de la sesión: Redes y tipos de apoyo.

Fecha: 29 de abril, 2015 **Hora:** 1:30 p.m. **Duración:** 2 horas y 30 minutos

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago. **Responsable:** Marcia Leiva Chacón

Objetivo general: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de señalar el concepto de redes sociales y apoyo social, así como los tipos de apoyo que existen y las fuentes que los pueden brindar.					
Objetivo específico	Contenido	Actividad	Recursos	Tiempo	Evaluación
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar a la persona que impartirá las sesiones	Bienvenida y presentación	La estudiante se presenta ante las participantes y se brindan algunas indicaciones generales de la sesión	-	5 min	Durante las plenarios grupales se evalúa mediante la solicitud de brindar ejemplos de las redes sociales y los tipos de apoyo.
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de recordar los principales aspectos abordados en la sesión anterior	Conceptos básicos de la violencia intrafamiliar y sus múltiples expresiones	Se reparte entre las participantes material educativo sobre la violencia intrafamiliar y sus múltiples expresiones, se solicita que se lea en grupo y se realice reflexión evaluativa sobre el tema	Material educativo	30 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar las nociones generales sobre las redes sociales y tipos de apoyo social	Nociones sobre las redes sociales y tipos de apoyo social	<u>Aprendemos y compartimos:</u> se le solicita a las asistentes que participen de manera individual en un juego de mesa tamaño real en el cual ellas son las fichas, deben avanzar según el número que marque el dado. Existen casillas que dicen "Tome una tarjeta", en las cuales se presenta contenido temático sobre "Las Redes Sociales y Tipos de Apoyo Social" y preguntas relacionadas con el tema que debe responder la persona participante, otras que dicen "Reto" en la que se le solicita a la participante que realice alguna acción en particular y otras tarjetas que dicen "Sorpresa" en la que la persona gana una especie de premio al caer en esta casilla. Gana quien llegue por número exacto a la casilla rotulada "Final".	Tarjetas con información y retos Papel construcción Letreros Sorpresas Marsmelos	90 min	

Al finalizar la sesión cada participante será capaz de relajarse	Técnica de relajación	Se solicita a las participantes que cierren los ojos y escuchen el audio de relajación seleccionado	Audio Parlantes	25 min	
--	-----------------------	---	-----------------	--------	--

Unidad IV. Autocuidado.

Nombre de la sesión: Autocuidado, dimensión física.

Fecha: 6 de mayo, 2015 **Hora:** 1:30 p.m. **Duración:** 2 horas y 30 minutos

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago. **Responsable:** Marcia Leiva /Paola Sequeira / Rosa Navarro

Objetivo general: : Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar los conceptos de alimentación saludable y actividad física					
Objetivo específico	Contenido	Actividad	Recursos	Tiempo	Evaluación
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar a la persona que impartirá las sesiones	Bienvenida y presentación	La estudiante se presenta ante las participantes y se brindaran algunas indicaciones generales de la sesión	-	5 min	Durante las plenarios grupales se evalúa mediante la discusión a partir de las siguientes preguntas: ¿Qué actividades me gustaría cambiar de la alimentación para ganar salud?
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de recordar los principales aspectos abordados en la sesión anterior	Conceptos básicos de las redes sociales y los tipos de apoyo	Se reparte entre las participantes material educativo sobre las redes sociales y tipos de apoyo, se solicita que se lea en grupo y se realice reflexión evaluativa sobre el tema	Material educativo	20 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de señalar al menos un aspecto conocidos sobre la alimentación saludable	Rompe hielo	Red de cambios: se trata de colocar las participantes en grupo. Cada una dirá su nombre y dirá con una palabra que significa alimentación balanceada y sana	Lana	10 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de comprender la importancia de los diferentes grupos de alimentos	Grupos de alimentos	Se inicia con una papa caliente, en la que cada participante debe comentar que sabe de cada grupo de alimentos cuando le corresponde su turno. A partir de esto, se inicia la charla.	Computadora Presentación Power Point sobre los grupos de alimentos	25min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar la importancia de incorporar una alimentación saludable y movimiento a su cotidianidad.	Conceptos generales de alimentación saludable y movimiento	<u>Charla dinámica del plato saludable</u> sobre aspectos básicos de alimentación saludable y movimiento. Durante el transcurso se hará la siguiente actividad: Cada persona tendrá un papel construcción para que construyan un ejemplo de tiempo de alimentación que se pueda consumir a diario	Papel construcción con un círculo dibujado Imágenes de alimentos Goma	30min	

		y necesarios para una alimentación saludable.			
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar un hábito personal que debe modificar	Motivación	Técnica "Deje su carga pesada... y recoja su alegría": se le entrega a cada participante un papel y un lápiz para que anote un hábito que está dentro de su rutina y que considera que debe cambiar. Cuando lo escriba, debe depositarlo en una caja y a cambio de ello, se le entrega un pensamiento positivo sobre esta temática.	Tarjetas de colores Lápices Frases	20 min	¿Qué hábito personal le gustaría cambiar?
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de realizar al menos tres ejemplos de pausas activas	Actividad física	Se reproduce video "Pausas activas" y se brinda la indicación de realizar las actividades que se proponen en el mismo.	Computadora Video "Pausas Activas"	20 min	¿Qué otros ejemplos se pueden dar sobre pausas activas?
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de realizar un ejercicio de relajación	Relajación	Se desarrolla la técnica de relajación individual.	Computadora Parlantes	20 min	¿Cómo se sintió en este ejercicio?

Unidad IV. Autocuidado.

Nombre de la sesión: Comunicación Asertiva.

Fecha: 13 de mayo, 2015 **Hora:** 1:30 p.m. **Duración:** 2 horas y 30 minutos

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago. **Responsable:** Marcia Leiva Chacón

Objetivo general: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar el concepto de comunicación asertiva, así como los diferentes estilos comunicación.					
Objetivo específico	Contenido	Actividad	Recursos	Tiempo	Evaluación
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar a la persona que impartirá las sesiones	Bienvenida y presentación	La estudiante se presenta ante las participantes y se brinda algunas indicaciones generales de la sesión	-	5 min	Durante las plenarios grupales se evalúa mediante la realización de preguntas relacionadas con los estilos de comunicación y la comunicación asertiva.
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar las diferentes formas de comunicarse	Rompe hielo	<u>Saludos múltiples:</u> se solicita a cada una de las participantes se ponga de pie y salude a las otras asistentes de diferentes formas, la facilitadora establece la manera en que se deberán saludar.	-	10 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de señalar la forma en que reaccionan ante diferentes escenarios	Comunicación	<u>Técnica "¿Y tú qué harías?":</u> se solicita a cada participante que complete el material donde se proponen algunas situaciones y que definan que harían en cada una de ellas.	Hojas con situaciones	15 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de señalar los principales problemas de comunicación	Problemas de comunicación	<u>Técnica "Las tres Erre":</u> se facilita a cada participante una hoja blanca y se les solicita la doblen en cuatro; luego se debe desdoblar y seguir las instrucciones. En la primera columna deben colocar el nombre de cinco personas con las cuales mantengan un contacto diario. En la segunda columna se deberá elaborar una frase para dos personas de la lista anterior en la que se defina un resentimiento que se le tiene a esa persona. En la tercera deben escribir lo que desea realmente que hagan aquellas personas hacia	Hojas blancas	30 min	

		las que siente un resentimiento. En la cuarta columna se debe completar la frase con el reconocimiento de por qué esa persona no hace lo que nosotros quisiéramos.			
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de reconocer las formas de comunicación existente	Diferenciación de las formas de comunicación	<u>Técnica "Tortuga, Dragón y Persona"</u> : se conforman tres subgrupos a cada una le corresponde protagonizar una forma de comunicación: pasiva, agresiva o asertiva. Y deberán identificar de una lista de enunciados cuáles corresponden al estilo que se les asigna. Luego se comparan resultados de manera grupal.	Material sobre formas de comunicación Lista de enunciados	Trabajo Subgrupal 20 min Plenaria grupal 20 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar cual es su forma de comunicarse	Estilo de comunicación personal	<u>Test</u> : Se le entrega a cada una de las participantes un test con el cual se pretende establecer cuál de los estilos de comunicación se acerca más a la forma en que actualmente nos comunicamos	Hojas con test	20 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar el proceso para iniciar una comunicación asertiva	Comunicación asertiva	Lectura grupal de reflexión "Una guía para organizar y pensar la conducta asertiva"	Hojas con reflexión	30 min	

Unidad IV. Autocuidado.

Nombre de la sesión: Autocuidado, dimensión psicológica.

Fecha: 20 de mayo, 2015 **Hora:** 1:30 p.m. **Duración:** 2 horas y 30 minutos

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago. **Responsable:** Marcia Leiva Chacón

Objetivo general: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar cuales actividades permiten fortalecer y mejorar su estado de salud emocional.					
Objetivo específico	Contenido	Actividad	Recursos	Tiempo	Evaluación
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar a la persona que impartirá las sesiones	Bienvenida y presentación	La estudiante se presenta ante las participantes y se brindan algunas indicaciones generales de la sesión	-	5 min	Durante las plenarios grupales se evalúa mediante la realización de diferentes ejercicios el nivel de autoconocimiento, autoestima y definición de proyecto de vida de cada una de las participantes.
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificarse con las otras asistentes.	Rompe hielo	<u>Técnica que se cambien de sitio:</u> se coloca a las participantes en círculo, una persona se queda en el centro sin silla y la facilitadora inicia afirmando: " <i>Que se cambien de sitio las personas que...</i> " Durante el cambio de lugar la persona que estaba en el centro intentará tomar una silla y la que quede de pie tenga que decir algo parecido.	-	15 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de expresar de manera grafica su identidad personal	Identidad personal	Se les solicita a las personas participantes realicen un dibujo figurativo o abstracto en el que expresen quiénes son, y qué desean como personas y mujeres. Luego en plenaria retomar el significado de cada dibujo.	Hojas blancas Lápices	20 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de hacer mención de al menos dos cualidades y una habilidad personal	Autoconocimiento	<u>Técnica "Acentuar lo positivo":</u> Se conforman parejas y a cada una le corresponde comentar a su compañera dos atributos físicos, dos cualidades de la personalidad y una habilidad que se posee. Los comentarios deben ser positivos, no se permitirá ninguno negativo. Luego en plenaria grupal se reflexionará sobre la dificultad o no para iniciar primero con la encomienda y enlistar las cualidades personales.	-	15 min Trabajo en parejas 20 min Plenaria grupal	

Al finalizar la sesión cada participante será capaz de identificar los aspectos de su personalidad que puede mejorar	Autoconocimiento	<u>Técnica "El bazar mágico"</u> : se le indica a cada una de las participantes que se imagine que se ingresa a gran bazar mágico en el cual puede tomar una cualidad personal que le gustaría poseer, y a cambio puede dejar lo que menos le guste de sí misma. Se colocarán dos papelógrafos uno con el rótulo "Tomar" y otro "Dejar"; se le hace entrega a cada una de las asistentes dos tarjetas donde deben anotar dichas cualidades y colocarlas en el lugar correspondiente. De manera grupal se comentan las cualidades seleccionadas y el por qué.	Tarjetas Lápices Papelógrafo	30 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de brindar y recibir expresiones de afecto	Autoestima	<u>Dar y recibir</u> : se coloca a las participantes en forma de semi-círculo y una silla en el medio, cada una de las asistentes se colocan en esta silla y el resto de las participantes una a una le expresa todos los sentimientos positivos que tienen hacia ella.	Sillas	30 min	
Al finalizar la sesión cada participante será capaz de señalar al menos tres metas personales	Proyecto de vida	A cada una de las asistentes se le hace entrega de una hoja en la cual deben enlistar al menos tres metas que se desean alcanzar, el plazo en que se desea hacerlo, los recursos internos y externos para alcanzarlos, las limitaciones internas y externas; así como los pasos a seguir.	Hojas Lápices	15 min	

5.3.8. Divulgación

Para la divulgación, promoción e invitación a la participación de las personas seleccionadas se solicita a las profesionales en Trabajo Social del Hospital Dr. Max Peralta Jiménez que trabajan con personas adultas mayores que brinden información sobre posibles candidatas para participar en la propuesta de abordaje gerontológico.

Una vez construida la lista de posibles participantes se realizan invitaciones personales y vía telefónica para entablar contacto con cada una de las personas, explicar el objetivo general de la propuesta, así como lo que se pretendía efectuar.

5.3.9. Metodología

Mediante talleres participativos se desarrollan las ocho sesiones que conforman la presente propuesta de abordaje gerontológico, dicha metodología permite que las personas asistentes participen de tal forma que el aprendizaje obtenido es producto de un proceso de construcción conjunta.

Cada sesión tiene una duración de aproximadamente dos horas y media, se efectúan en las instalaciones de las oficinas de la Cruz Roja de Cartago,

En cada uno de los talleres se desarrollan actividades grupales, así como subgrupales, con el objetivo de abordar cada una de las temáticas propuestas.

A partir de la dinámica construida en los talleres se logra propiciar un espacio en el cual las participantes pueden compartir vivencias, plantear problemas, aprender nuevas formas de comunicarse, ampliar y generar conocimiento, así como el establecimiento de redes de apoyo entre ellas.

5.3.10. Evaluación

La evaluación se define en la presente propuesta de abordaje gerontológico como un proceso constante y continuo, por lo que se incluye durante el proceso grupal como una de las actividades programadas, así como en una última sesión

realizada el día 20 de mayo, 2015, en la cual específicamente se evalúa la aprehensión de los contenidos temáticos (Anexo 19).

5.4. Análisis de las sesiones

A continuación se presenta el análisis de cada una de las sesiones desarrolladas para esta propuesta de abordaje gerontológico.

UNIDAD I. Envejecimiento y Vejez.

Objetivo de la unidad:

Al finalizar la primera unidad cada una de las personas participantes será capaz de identificar los conceptos básicos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, así como los cambios asociados a ambos conceptos.

Nombre de la sesión: Envejecimiento y vejez

Fecha: 18 de marzo, 2015

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago

Personas Presentes: A, B, H, L, M, R.

Objetivo de la sesión:

Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar las diferencias existentes entre los conceptos de proceso de envejecimiento y la vejez, así como el impacto en las relaciones familiares.

Descripción y análisis de la sesión:

En esta primera sesión se realiza una breve presentación de la estudiante y se brindan indicaciones generales asociadas al desarrollo de la misma.

Se construyen, además, mediante una lluvia de ideas las reglas del grupo, definiéndose lo permitido y lo no permitido a lo largo del proceso grupal.

En cuanto a esto las asistentes lo definen de la siguiente manera:

<i>Lo permitido</i>	<i>Lo no permitido</i>
- <i>Respeto</i>	- <i>Interrupciones</i>
- <i>Confianza</i>	- <i>Confrontaciones</i>
- <i>Comprensión</i>	- <i>Desinterés</i>
- <i>Armonía</i>	- <i>Uso del celular</i>
- <i>Unidad</i>	- <i>Burlarse</i>
- <i>Apoyo</i>	- <i>Comentar lo escuchado en el grupo</i>
- <i>Comunicación</i>	
- <i>Compartir</i>	
- <i>Igualdad</i>	

Luego se lleva a cabo una dinámica rompe hielo (ver plan de sesión), y se inicia con el trabajo en subgrupos para que las personas participantes definan los acontecimientos, actividades y roles sociales asignados durante la niñez, la adolescencia y la adultez. En plenaria grupal se socializan los resultados de cada uno de los subgrupos de acuerdo al momento del ciclo vital que les correspondió.

El grupo 1 es el encargado de abordar los acontecimientos, actividades y roles sociales asignados durante la niñez, enmarca este proceso de la vida entre 1 y 12 años de edad, y mencionan sobre éste que es un momento de la vida en el que se permiten los juegos, se entablan relaciones basadas en el compañerismo y se

... busca identidad... (R, 53),

Destacan, además, que durante este momento de ciclo vital se encuentran las personas bajo la autoridad de los padres, lo que define sus posibilidades de acción y toma de decisiones.

Por lo que es el momento de la vida en que se viven diferentes cambios tanto en el comportamiento como en el desarrollo fisiológico, como lo destaca Mansilla (2000), al abordar la primera y segunda infancia como partes del proceso de desarrollo humano durante la niñez, donde en la primera infancia (entre los 0 y 5 años aproximadamente) se observa un grado de dependencia alto hacia los adultos responsables, y en la segunda (de los 6 a los 11 años aproximadamente) se caracteriza por la adquisición de múltiples habilidades para interactuar con el mundo exterior, con el otro o la otra.

El grupo 2 aborda el momento del ciclo vital la Adolescencia, como edad aproximada de inicio destacan los 12 años -coincidiendo con Mansilla (2000)- hasta los 20; hacen énfasis en los cambios fisiológicos que se experimentan durante este período de la vida, como también destaca Mansilla (2000) asociados al crecimiento y desarrollo de los sistemas: óseo, respiratorio, circulatorio y reproductivo; pero se centran en las modificaciones que desde lo emocional y lo social se logran observar como:

... Copiar modas... (M, 44)

... Deseo de experimentar cosas nuevas, muchas veces sin medir consecuencias... (A, 40)

... No aceptan que mayores se interpongan en sus decisiones... (R, 53)

... Les gusta más compartir con los de su misma edad... (B, 52)

... Se creen autosuficientes... (M, 44)

Lo cual según la autora genera impacto en la autoimagen de la persona adolescente, así como en aspectos como el manejo físico de su espacio y las interacciones sociales (Mansilla, 2000).

Las participantes agregan que durante este momento del ciclo vital continúa la búsqueda de identidad, pero que es ahora cuando la persona se prepara para definir una ocupación u oficio, y que aprende a asumir responsabilidades de acuerdo a su edad y capacidad.

Mansilla (2000) refiere con respecto a lo anterior, que durante la Adolescencia la persona además de conocerse a sí misma y a su entorno

inmediato, logra definir durante este momento de la vida su identidad social y su identidad de género.

Se identifica la reproducción de una visión estereotipada sobre este momento de la vida, en el que las personas adolescentes destacan por ser “rebeldes” o “difíciles”, y no por lo complejo del momento de la vida que se encuentran viviendo; el cual es definido por Shutt-Aine y Maddaleno (2003) como un período de transición en el que se vivencian cambios en diversas áreas de la vida (fisiológicos, cognitivos, psicológicos, sociales), determinados por el género (femenino o masculino) y el ambiente en que se desenvuelve la persona (social, cultural, político, económico), de tal manera que trasciende la propia “rebeldía” o voluntad como lo expresan las participantes.

El grupo 3, por su parte, señala la Adulthood desde los 18 hasta los 35 años, describe este período de la vida como un momento de estabilidad, madurez, independencia económica y afectiva; en la que las personas conforman sus propias familias y asumen la responsabilidad de sí mismos, y sus parejas e hijos(as):

... *Tomar las cosas con madurez, seriedad, responsabilidad...* (H, 40)

... *Tener hijos, independizarse de la familia...* (A, 40)

Asimismo, la describen como el momento en que la persona alcanza sus objetivos de vida, específicamente en el área laboral.

Cabe mencionar que excluyen de la Adulthood a las personas mayores a 35 años, es decir, las personas ubicadas en lo que Martínez (2006) define como Adulthood Media, a pesar de que seis de las siete participantes se ubican en ese grupo poblacional y quienes en su condición de cuidadoras principales representan lo que el autor retoma sobre “la generatividad”, haciendo referencia a Erikson, dado que como cuidadoras buscan generar apoyo y/o cuidado a la familia y a las siguientes generaciones, con el objetivo de brindar un aporte importante a la vida familiar y en sociedad.

Luego se solicita a las participantes que definan cuáles consideran que son características asociadas a los cambios biopsicosociales experimentados durante la vejez, y se realiza una revisión grupal de cada una de éstas.

Entre las características que las participantes anotan se encuentran: aspectos sociales, fisiológicos y emocionales relacionados con la adultez mayor, que se describen a continuación:

- Lo social: con respecto a su rol social las participantes mencionan que en las personas adultas mayores predomina la sensación de haber concluido con su actividad productiva, por lo que (...) *se creen inservibles (...)* (M, 44); razón por la cual en ocasiones se “deprimen” al (...) *sentirse una carga para los hijos (...)* (H, 40); inclusive señalan que

... tienen que aceptar que ellos tienen ese rol que ya llegaron a viejitos y que ellos no pueden hacer nada...

(B, 52).

Caracterizan, además, a las personas durante la vejez como personas con mal humor, testarudas y se les infantiliza

... Se vuelven niños... (M, 44).

- Lo fisiológico: las participantes señalan que durante este momento de la vida se presenta una pérdida de facultades físicas y cognitivas, en ocasiones producto de no cuidar la salud. Sin embargo, enfatizan en la afectación en el estado de salud mental de las personas adultas mayores afirmando:

... Se les olvida las fechas importantes... (R, 53)

A veces ellos se pierden porque ellos tienen lagunas mentales... (B, 52).

- Lo emocional: sobre este aspecto las participantes destacan que las personas adultas mayores

... No se valoran... (R, 53),

Lo que en ocasiones genera que hasta se abandonen a sí mismas en todos los aspectos de la vida, por lo que terminan sintiéndose rechazadas, incomprendidas y deprimidas.

Así, se observa que la visión que mantienen las cuidadoras sobre las personas adultas mayores al igual que la de la adolescencia se encuentra permeada de mitos y estereotipos, ejemplificado en la siguiente expresión:

... un día llegue a hacer fila al banco y había un filón, y mi esposo estaba en el carro esperándome y me dice un señor pero usted no trae el carnet de ciudadano de oro (haciendo referencia por su cabello cubierto de canas) y yo me sentí tan mal... (R, 53).

Desde una visión integral (social, emocional y física) de este momento del ciclo vital, Fernández-Ballesteros (2004) y Martínez (2006) afirman que durante la Adulter Mayor si bien es cierto se presenta una serie de pérdidas como lo señalan las participantes en las diferentes áreas, también existen ganancias (relacionadas con la experiencia, la madurez y los recursos personales) y procesos de adaptación cognitivos, emocionales y sociales que permiten que este momento de la vida se pueda experimentar de una forma satisfactoria, con un nivel de funcionalidad físico estable y una autoimagen objetiva, de tal manera que no genere tanto temor llegar a esta etapa del ciclo vital.

Posteriormente, se hace lectura de diferentes afirmaciones que contienen mitos y estereotipos de la vejez, y las participantes deben señalar si éstas son falsas o verdaderas.

Las respuestas de las participantes en su mayoría confirman los estereotipos existentes para dicha población, por lo que se interrelacionan con las respuestas de la lluvia de ideas anterior, dado que la visión inicial de la adultez mayor es bastante estereotipada:

... es común que cuando ya seamos mayores nos perdamos... (B, 52)

... mi tío siempre está de mal humor... (R, 53)

... no le gusta estar con los nietos, le parecen molestos... (M, 44)

... uno no se imagina que la mamá quiera estar con alguien... así... en ese sentido... (H, 40)

Se realiza una devolución para sensibilizar sobre la visión de las personas adultas mayores como individuos con historias de vida que determinan esta etapa de la vida, y que por tanto son particulares y no se debe generalizar.

Es decir se retoma con las participantes algunos conceptos básicos sobre la teoría del Envejecimiento denominada "Teoría de la Continuidad", la cual establece que las personas durante el proceso de envejecimiento a pesar de los cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales que se presentan en cada uno de los momentos de la vida, mantienen de forma relativamente estable dos aspectos: su personalidad y su sistema de valores (González de Gago, 2010).

Por tanto, el mismo proceso de envejecimiento se convierte en una materialización del estilo de vida de cada persona; el cual es experimentado, afrontado y resuelto de acuerdo a las particularidades de vida material, y los recursos emocionales y sociales que posea; "Es siempre el mismo individuo el que evoluciona y se adapta (...)" (González de Gago, 2010: 53).

Finalmente, se le facilita al grupo tres historias de vida de tres personas adultas mayores (Anexo N° 8), se dividen en subgrupos y se les solicita identifiquen y analicen el impacto que el proceso de envejecimiento y el estilo de vida ha tenido en las relaciones familiares descritas.

De manera grupal se socializan las conclusiones subgrupales, de las cuales la principal conclusión la resumen de la siguiente manera

... aunque son adultos mayores son personas con historias... (M, 44)

Haciendo referencia a la forma en que el proceso de envejecimiento determina las experiencias, pérdidas y ganancias durante la adultez mayor,

... la clave está en dar amor, para recibir amor... (B, 52).

Lo anterior con respecto a que la forma en que se vive a lo largo de la vida, trae consigo una serie de consecuencias relacionadas directamente con el estilo de vida y decisiones tomadas por cada persona.

Análisis del trabajo:

La sesión se desarrolla de acuerdo a lo propuesto, las personas asistentes al inicio se muestran reservadas en sus comentarios y la expresión de sus opiniones, sin embargo, al finalizar logran participar de forma activa.

Metodología utilizada:

Las técnicas utilizadas “lluvia de ideas” y “trabajo en subgrupos” desde la metodología participativa se identifican como una fortaleza del proceso que inicia, porque permite que las participantes además de expresar sus sentimientos y pensamientos con respecto al tema, logren aprender o redefinir categorías conceptuales como son el proceso de envejecimiento y vejez a partir de la propia experiencia y su propio conocimiento.

En esta sesión, el partir de los conocimientos del grupo se coloca como un eje transversal, que permite identificar la cercanía con el tema desde su experiencia personal.

Resultados**Desde las participantes:**

Al finalizar la sesión las participantes logran evidenciar en sus relatos que se comprende la vejez como un momento del ciclo vital, en el cual se encuentran los resultados de las acciones y decisiones que desde diversos ámbitos toman las personas a lo largo del proceso de envejecimiento.

El grupo durante la sesión se muestra colaborador y comprometido con las actividades propuestas, lo que permite que se logren los objetivos propuestos.

Desde la facilitadora:

La facilitadora al ser una herramienta para las técnicas utilizadas y no la protagonista, logra involucrarse en la dinámica grupal de tal forma que las participantes se expresan de una forma clara y sin temor a ser juzgadas o señaladas.

Nombre de la sesión: Enfermedades durante la vejez

Fecha: 25 de marzo, 2015

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago

Personas Presentes: A, B, G, H, L, M, R.

Objetivo de la sesión: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar las diferentes características de las principales enfermedades que se presentan durante la vejez.

Descripción y análisis de la sesión:

En esta sesión se le hace entrega a cada una de las personas participantes una copia de las reglas del grupo construidas (Anexo N°9), así como del material educativo construido sobre la temática de la sesión anterior: proceso de envejecimiento y vejez (Anexo N°12), (a manera de evaluación) se hace lectura del mismo y se refuerzan los contenidos. Luego se realiza técnica rompe hielo en parejas "Mono tú".

El día de esta sesión se incorpora una participante, por lo que el grupo le brinda una breve introducción sobre lo abordado en la sesión anterior.

Durante la lectura del material educativo las participantes expresan diferentes comentarios en los que se identifica que el objetivo de la sesión anterior se cumplió, como:

... uno se siente algunas veces inútil porque no puede hacer algunas cosillas, pero la verdad mientras que uno se sienta bien... (R, 53)

... lo más interesante es que cómo hay que aprender a saber vivir para tener una buena vejez... (R, 53)

... es un error (...) porque ya ella es adulta no está bajo la responsabilidad de nadie... (B, 52), haciendo referencia a la infantilización de las personas adultas mayores.

Como se observa se logran desmitificar estereotipos sobre el momento de la vida denominado vejez, además las participantes logran comprender que la

forma en que se vive el proceso de envejecimiento definirá las condiciones que se enfrenten durante la vejez.

Es importante destacar que en la anterior sesión no se demarca una edad en la que iniciara este momento del ciclo vital, sin embargo durante la revisión del material educativo las participantes asocian el inicio de la vejez al momento de la jubilación o los años cercanos a ésta

... uno a los cincuenta se siente viejito pero lo más interesante es que la vejez empieza a las sesenta y cuatro... (R, 53)

Luego se presenta el médico Geriatra y Gerontólogo Eduardo Blanco Umaña, encargado de la Unidad de Atención Domiciliar en Salud del Hospital Dr. Max Peralta Jiménez, la cual se encarga de brindar atención domiciliar en salud a las personas adultas mayores que cuentan con cierto grado de dependencia para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, quien desarrolla un conversatorio con las participantes sobre las principales enfermedades que se presentan durante la vejez y sus implicaciones en el ámbito familiar.

El médico brinda un espacio para que las participantes resuelvan dudas e inquietudes particulares sobre las personas adultas mayores que tienen a su cargo y en general.

Las principales inquietudes se encuentran dirigidas hacia las condiciones de salud y diagnósticos que poseen sus familiares y el deterioro que esto les ha generado:

... mi suegra tiene Alzheimer, su deterioro fue rápido, ya ni nos conoce (...)
los problemas con la familia de mi esposo cada vez son más (...)
porque ellos no quieren que la cuide... (L, 45)

... mi mamá también tiene Alzheimer (...)
ella todavía nos conoce solo que si es difícil ver como ya se pierde en la casa (...)
sólo quiere estar acostada... (R, 53)

... mi papá tuvo un derrame (...)
bueno el doctor lo conoce (...)
pero a veces se pone muy agresivo, no me quiere ver y llama a mi hermano que nunca está... (A, 40)

... ella sólo me acusa de robarle la plata, claro yo sé que tiene demencia, pero eso no quita que me duela cuando me trata de ladrona... (H, 40)

El Síndrome Demencial de tipo Alzheimer y por lesiones vasculares son los diagnósticos que predominan en las personas adultas mayores que las cuidadoras atienden, por lo que el invitado les explica de forma sencilla, como lo plantea Llibre, Guerra y Perera (2008a), que la denominada "Demencia" puede identificarse como:

(...) un síndrome de declinación progresiva de las funciones mentales (memoria, orientación, razonamiento, juicio), producido por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro, con suficiente gravedad para que afecte el normal desenvolvimiento del paciente en la sociedad o en la familia.
(p 2)

De esta forma, se aborda con las asistentes la forma en que esta condición de salud afecta el desenvolvimiento de sus familiares en su cotidianidad y sus relaciones, con la finalidad de aclarar que -como plantean las participantes- cuando las personas adultas mayores se encuentran agresivas, no les reconocen o bien les acusan de algún acto en particular, éstas no poseen la capacidad mental para asumir la responsabilidad de lo sucedido.

Asimismo, se desculpabiliza a las cuidadoras por los sentimientos que esta situación pueda generarles como individuos y familiares, ya que como lo plantea Llibre, Guerra y Perera (2008b) el cuidado de una persona adulta mayor con esta condición implica el aumento de la tensión y afectación emocional y,

Una de las tareas más difíciles para el cuidador es la comunicación con el paciente que presenta trastornos de memoria, confusión de personas o nombres, etc. La pérdida de relación con el enfermo, que progresivamente se aísla y vive en otro mundo al que no sabemos acceder, nos lleva a la soledad psíquica, que es total, cuando únicamente está

con nosotros en presencia física, y solo es capaz de captar nuestro afecto y no de darnos el suyo (Llibre et al, 2008b: 5)

Esto porque, además, las cuidadoras participantes mantienen un vínculo afectivo directo con las personas adultas mayores atendidas, son hijas y nueras, lo que genera mayor dificultad para aceptar la pérdida de esa relación preexistente, y como lo plantea Pérez (2008), al ser las principales responsables del cuidado son quienes logran percibir con mayor detalle el deterioro progresivo de la enfermedad.

Aunado a ello, el invitado aborda con las cuidadoras algunas especificidades de cada una de las condiciones de salud de las personas adultas mayores atendidas por éstas, e insiste en la importancia de que como cuidadoras se mantengan en constante formación y capacitación sobre todas aquellas temáticas asociadas a estas condiciones, dado que de esta forma “(...) *puedan establecer acciones de adaptación para la situación, planificar el futuro del cuidado de su ser querido, y desarrollar intervenciones para el control de los síntomas no cognitivos de la enfermedad (...)*” (Llibre et al, 2008b: 5).

Finalmente, se refuerza la noción de que la Adulthood Mayor no es sinónimo de enfermedad, como retoma González de Gago (2010), que tanto la salud integral como el proceso de envejecimiento se encuentran definidos por diferentes determinantes geográficos, históricos, económicos, culturales y sociales; así como también por el estilo de vida de cada persona envejeciente.

Análisis del trabajo:

Durante el desarrollo de esta sesión las participantes se observan atentas y también participativas, aprovechan la presencia del médico especialista para aclarar dudas de acuerdo a sus condiciones particulares.

Metodología utilizada:

La técnica utilizada del conversatorio facilita la intervención del profesional invitado, así como la interacción de éste con las participantes, dado que se establece una línea vertical en el canal de la comunicación, en la que las personas

pueden expresar sus opiniones e inquietudes sin que resulte intimidante cuestionar a un profesional que, por los roles establecidos socialmente, ha sido colocado en una posición de poder por encima de las personas usuarias de los servicios de salud, el Médico.

Resultados

Desde las participantes:

Al cerrar la Unidad I Envejecimiento y Vejez con esta sesión se logra observar en las personas participantes diferencias con respecto a sus nociones y pensamientos iniciales sobre dichas categorías. Se logra que las participantes discriminen entre el momento de la vida como tal y el proceso de envejecimiento que define al primero.

Desde la facilitadora:

En esta sesión al compartir el rol de facilitación con el profesional invitado, se logra brindar respuestas integrales a los cuestionamientos efectuados por las participantes, y se logra reforzar la diferencia de dos categorías transversales en el proceso educativo: proceso de envejecimiento y vejez.

Unidad II. Socialización de Género.

Objetivo de la unidad: Al finalizar la segunda unidad cada una de las personas participantes será capaz de identificar la forma en que el proceso de socialización define social, cultural e históricamente la forma en que hombres y mujeres se comportan; el impacto que este proceso tiene en las relaciones sociales entre los géneros e intergeneracionalmente, así como en las múltiples expresiones de violencia intrafamiliar.

Nombre de la sesión: Socialización de Género.

Fecha: 8 de abril, 2015

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago

Personas Presentes: A, B, G, H, L, M, R.

Objetivo de la sesión: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar las diferencias existentes entre los conceptos sexo y género, y las implicaciones en la labor de cuidado.

Descripción y análisis de la sesión:

Se inicia la sesión con la técnica Rompe Hielo "Conociéndonos". Seguidamente se le entrega a cada participante una hoja con la figura de un hombre y de una mujer, y se les solicita que enlisten las características físicas de cada uno (Anexo N° 10). La estudiante realiza un listado con lo mencionado por cada participante, aclarando que dichas características corresponden a la categoría sexo.

Las participantes con respecto a ambas figuras enlistan partes del cuerpo similares (pies, brazos, piernas, codos, boca, entre otras), pero las partes del cuerpo que son asociadas a las diferencias físicas para ambos sexos "vagina", "busto", "pene" y "testículos", se les dificulta mencionarlas, inclusive las indican como última opción, al preguntarles sobre esto señalan:

... es que en todo somos iguales solo en eso somos diferentes... (A, 40)

... esa es solo una parte física, hay otras cosas que son diferentes... (R, 53)

Por lo que se aclara que dichas diferencias físicas es lo que se denomina como sexo, definido como las características sexuales primarias y secundarias que diferencian a un hombre de una mujer física y biológicamente (Lamas, 2000).

Luego se les entrega otra hoja con las imágenes de un hombre y una mujer (Anexo N°8) y se les solicita que indiquen cómo se comporta cada uno. Nuevamente, se construye un listado con lo mencionado por cada participante.

A continuación se presentan los comportamientos definidos por las participantes para los hombres y las mujeres:

Mujeres		Hombres	
- Gritonas	- Cariñosa	- Irresponsables	- Perezosos
- Maestras	- Dulce	- Groseros	- Vagos
- Consejeras	- Amable	- Machistas	- Enamorados
- Doctoras	- Segura	- Infieles	- Detallistas
- Psicólogas	- Simpática	- Vanidosos	- Trabajadores
- Nobles	- Aburrida	- Mandones	- Cariñosos
- Maduras	- Depresiva	- Conquistadores	- Posesivos
- Provocativas	- Dormilona	- Amorosos	- Avaros
- Sensuales	- Trabajadora	- Mal carácter	- Irrespetuosos
- Despreocupadas	- Mandona	- Comelón	- Viciosos
- Sensibles	- Peleonas	- Prepotentes	- Mal hablados
- Emocionales	- Madre	- Celosos	- Amables
- Lloronas	- Servirle	- Habladores	
- Acomplejadas	- Vanidosa	-	
- Baja estima	- Chismosa		
- Coqueta			

Como se observa, a pesar de que las asistentes tratan de enlistar aspectos no estereotipados sobre género, surgen otros aspectos en los que se evidencia cómo permea la socialización de género en la percepción de las participantes sobre las conductas esperadas para hombres y mujeres, por ejemplo al identificar conductas como “coquetas”, “sensuales”, “sensibles”, “emocionales”, “chismosas” asociadas a lo femenino, y “celosos”, “infieles”, “machistas”, “irresponsables” como características asociadas a lo masculino.

De ahí que se aborda con las participantes la categoría género definiéndola como: todas aquellas características de conducta asignadas socialmente a las mujeres y hombres en un sistema patriarcal, para definir los aspectos pertenecientes a lo femenino y lo masculino; diferenciación a partir de la cual se realiza la división del trabajo y el ejercicio del poder, y se definen los roles,

conductas, preferencias y espacios propios de cada género en todas las áreas de la vida (Lamas, 2000).

Se explica a las participantes que estos comportamientos señalados corresponden a los patrones de socialización de género establecidos bajo el sistema patriarcal; lo que permite cuestionar a las participantes si estas características enlistadas aplican para todos los hombres y todas las mujeres, o si existen diferencias, una de las participantes señala:

... vieras que yo tengo dos hijas... la menor ella es tan diferente (...) yo la oigo hablando y a veces me molesta porque a uno lo formaron, o sea, cuál fue la formación que uno recibió como chiquita va a crecer se va a casar y a tener hijos y eso es lo que me dice mi hija mami es que a usted para eso la criaron quien dice que así tiene que ser quien le dijo que uno tiene que tener hijos y ser mama, no mami... (R, 53).

De esta forma se logra evidenciar cómo la socialización de género es un proceso dinámico y cambiante al comparar la visión de la participante y de su hija años menor, que a pesar de que mantiene sus premisas con respecto a los roles de género, la división del trabajo y el acceso al poder, estos se han modificado a lo largo de la historia y los diferentes movimientos sociales a favor de la equidad de los géneros, como lo retoma García (2010).

Aunado a ello, los cambios en los diferentes agentes de socialización (llámese familia, comunidad, iglesias, centros educativos, grupos de pares y medios de comunicación) también inciden en las modificaciones que se puedan evidenciar en los roles de género asignados socialmente entre un momento en la historia y otro (García, 2010).

Luego en plenaria grupal se realiza una reflexión en torno a ambas actividades, se refuerza la diferencia entre sexo y género y las implicaciones de este último en la cotidianidad.

Las participantes hacen referencia a los mandatos sociales que como mujeres enfrentan en la vida diaria, principalmente asociadas al cuidado de la familia (esposo, hijos, hijas, hermanos, hermanas, padres, madres, tíos, tías):

... Porque uno viene de esa cultura de ese mito.... Hay que servirle al esposo... (R, 53)

... si eso siempre decía mi mama: ese el hombre que Dios le dio... (G, 45)

De esta forma se ejemplifica lo planteado por Sevilla (2010), cuando hace referencia a la feminización del rol del cuidado, dado que éste ha sido asignado a las mujeres en la división del trabajo de acuerdo al género, colocándolo no como una tarea que realizar, sino como un deber propio de la mujer, al encargarse ésta del ámbito privado y familiar, omitiendo incluso como lo plantea Félix et al (2012), un reconocimiento económico o social por la realización de dicha labor.

Asimismo, hacen referencia a los cambios que ellas como mujeres y madres han implementado desde el espacio de su grupo familiar para generar diferencias:

Yo al chiquillo mío le enseñé a hacer sus cosas porque uno nunca sabe cómo le va a ir... (R, 53)

... yo de mis seis hijos ellos se atienden... porque yo empecé a atender a mami... (M, 44)

Sin embargo, se les realiza devolución para explicar que dichos cambios se han gestado tanto a partir de circunstancias o condiciones específicas; así como de condiciones históricas y no necesariamente de la ruptura con la socialización de género definida por el patriarcado.

Dado que como se plantea anteriormente, según García (2010), si bien se observan cambios en la situación y posición actual de la mujer ante la sociedad patriarcal; la posición, el rol y el poder de la mujer continúa siendo definida a partir de los estereotipos y representaciones culturales del género femenino al tener que desempeñar, por ejemplo, dobles jornadas laborales cuando desarrolla tareas remuneradas fuera del hogar, o bien al recibir menos remuneración económica al realizar las mismas labores que cualquier otro empleado (hombre).

En el caso de ellas, como cuidadoras principales de personas adultas mayores, con dobles jornadas laborales no remuneradas, estas modificaciones en

ocasiones son consecuencia ante la posibilidad de una afectación en su estado de salud integral, porque estas labores demandan tiempo, fuerza física y emocional, lo que puede llegar a sobrecargarlas al no contar con el apoyo de sus familias, como lo afirma Asesina et al (2007).

De ahí que se aborda con las participantes la importancia de generar cambios desde cada familia, como principales agentes de socialización, con respecto a los roles socialmente asignados a cada género en la sociedad patriarcal.

Seguidamente se conforman dos equipos, se les entregan unas frases asociadas al sexo y al género, y se les indica que deben seleccionarlas de acuerdo a su relación con ambos conceptos, colocándolas en los recipientes rotulados respectivamente (Anexo N°11). De manera grupal se revisa la asignación de cada frase en estos.

Cabe mencionar que esta estrategia de evaluación resulta efectiva debido a que las personas participantes logran identificar con claridad las diferencias entre las categorías de sexo y género colocando en cada caja las frases correspondientes de forma correcta.

De manera grupal se desarrolla una reflexión sobre la forma en que la socialización de género incide en las labores de cuidado que las participantes realizan.

Las participantes refieren aspectos sobre la doble jornada laboral, su labor de cuidado y las tareas del domicilio, ya sea que vivan o no con la persona cuidada:

... El trabajo nunca se acaba, yo salgo de donde mi mamá para mi casa a seguir con todo lo de mi casa... (M, 44)

Por tanto, como lo plantean La Parra y Masanet (2009), no sólo se evidencia la doble jornada laboral no remunerada, sino que se observa como a las personas cuidadoras se les reduce la posibilidad de participar en la esfera laboral reconocida y remunerada, y terminan obviando la defensa y cumplimiento de sus derechos y la satisfacción de sus necesidades personales, como lo señala Obando et al. (2009), de tal forma que se les invisibiliza como seres humanos y se

limitan sus posibilidades y capacidades para desarrollar proyectos de vida propios y las actividades de autocuidado que requieran.

Cabe destacar que pese a ese reconocimiento de la doble carga laboral, las participantes reconocen el impacto de las expresiones verbales en el proceso de la comunicación en la vida cotidiana y así lo señalan:

... Si convivimos en una casa todos tiene responsabilidad pero siempre decimos si nos ayudan... (B, 52)

... Yo no digo ayuden digo colaboren... (M, 44)

De esta forma identifican como se logran reproducir los estereotipos y roles de género con respecto al cuidado y las labores del ámbito privado, por medio de las expresiones verbales y el impacto que ello tiene en su cotidianidad.

Al finalizar Se realiza la técnica rompe Hielo “Carga eléctrica”.

Análisis del trabajo:

Esta sesión se desarrolla de una forma tranquila y con la participación activa de las asistentes, cuando se profundiza en los patrones de socialización de género es cuando se genera mayor aporte de las participantes.

Metodología utilizada:

La “lluvia de ideas”, la técnica de evaluación y la plenaria grupal son técnicas que permiten que lo abordado se retome a partir del conocimiento de las personas participantes, lo que resulta beneficioso desde la experiencia que el tema de la socialización de género permite un mejor abordaje y sensibilización, al retomar la experiencia de vida de cada persona como experiencia de conocimiento.

Resultados

Desde las participantes:

Las participantes se observan anuentes a brindar sus aportes y a compartir con el grupo sus experiencias personales sin limitación alguna, sin embargo impresiona que en ocasiones aportan comentarios o relatos dirigidos a “lo esperado”, más que a lo vivencial, principalmente relacionado con la realización de las tareas domésticas y la asignación de conductas específicas de acuerdo a los roles de socialización de género.

Desde la facilitadora:

Se observa durante la sesión que el proceso de facilitación se ha desarrollado de una forma fluida, lo cual se identifica como un resultado de la activa participación de las asistentes al grupo.

Aunado a ello, se logra que las participantes cuestionen los roles sociales asignados al género femenino y masculino, de tal forma que se genere una ruptura en su visión inicial.

Nombre de la sesión: Violencia Intrafamiliar y sus múltiples expresiones

Fecha: 22 de abril, 2015

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago

Personas Presentes: A, B, G, H, M, R.

Objetivo de la sesión: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de señalar el concepto de violencia, así como de sus múltiples expresiones.

Descripción y análisis de la sesión:

Se inicia con la lectura del material educativo elaborado sobre el proceso de socialización de género (Anexo N° 12), y se refuerzan algunos contenidos temáticos sobre la sesión anterior.

Durante la revisión del material las asistentes reflexionan sobre las implicaciones de la socialización de género en la vida de las personas, principalmente en su posición como mujeres y hacen referencia a las posibilidades

que como individuos y colectivo tienen para modificar los mandatos sociales establecidos.

... las mujeres debemos ayudarnos entre nosotras... (G, 45)

*Para mí se hace diferencia con la madre, con las esposas,
diciéndole a los esposos o enseñándoles a los hijos a ser igual que
las mujeres... (B, 52)*

De esta forma se analiza el rol que el sistema patriarcal ha asignado al género femenino con respecto a la educación y crianza de los hijos e hijas, como una estrategia en la reproducción de los estereotipos y roles de género.

Seguidamente se realiza lectura grupal de la reflexión “Ella y los Hombres” (Anexo N°13), luego se forman parejas y se les solicita que reflexionen sobre qué ideas transmite la lectura sobre la identidad femenina.

La lectura plantea cómo a lo largo del ciclo vital de una mujer, ésta define su identidad a partir de las relaciones que mantiene en su vida, y no a partir de su esencia como ser humano, lo cual se asocia a la socialización de género, en la que se le asigna a la mujer la responsabilidad de organizar su vida a partir de las necesidades de los demás, por tanto su esencia se define en esta relación.

Lo anterior relacionado con lo planteado por Villegas (2006) al abordar la construcción de la identidad femenina y masculina desde la niñez más temprana a partir de los referentes de género más próximos, su padre y su madre, y en el caso específico de lo femenino, definiendo dicha identidad a partir de su capacidad de “servir” a los otros, ser para las demás personas.

En la reflexión grupal las participantes se enfocan en identificar cada uno de esos hombres que aparecen en la vida de la mujer, según la lectura, sin embargo al final logran identificar el mensaje reflexivo en la misma

... ella no supo en realidad quién era... (A, 40)

*... nunca tuvo como una identidad (...) siempre dependió del hombre
desde el papá hasta la pareja... (G, 45)*

Así, tal como lo señala Villegas (2006), asocian la construcción de la identidad personal y de género en particular, a partir de su capacidad de “ser” para otros.

Posteriormente, se divide el grupo en dos subgrupos y se les indica formen bolas de papel periódico, se autoriza el inicio de una guerra de bolas de papel entre ambos bandos, al finalizar se desarrolla una plenaria grupal a partir de las preguntas: ¿Qué es la violencia?, ¿De dónde proviene?, ¿Es interna o externa?, ¿Cómo se comporta?

Con respecto a la violencia, las participantes refieren que la violencia es algo que se encuentra presente en la vida de todas las personas de una u otra forma; que puede provenir del exterior haciendo referencia a las personas fuera de su familia, de la sociedad y del interior asociándolo a dos aspectos: las personas cercanas con las cuales vivimos y/o el interior o esencia de cada persona. Y destacan que es producto del “machismo”.

Cabe mencionar que de las participantes doña G no quiso tirarle bolas de papel a ninguna de las personas asistentes, lo que llama la atención al resto de las otras participantes y le cuestionan dicho comportamiento, a lo que la asistente refiere

... yo me siento mal (...) no sé (...) no me gusta...

La señora G es una mujer sobreviviente de Violencia Intrafamiliar (VIF) desde la niñez, por lo que esta resistencia a participar en la guerra de bolas de papel puede asociarse a dicho antecedente.

Como lo menciona Quirós (2002), las mujeres que han sido víctimas de VIF se han expuesto a hechos y circunstancias estresantes que les demandan la inversión de gran cantidad de energía que las desgasta, por lo que pueden “(...) sentirse impotentes, paralizadas, tristes y sobre todo desamparadas” (p 158).

De tal forma que puede verse identificada la denominada invalidez aprendida, asociada a un “(...) proceso de pérdida de capacidad para rebelarse y controlar las situaciones (...)” (Quirós, 2002: 159) que se desarrollan a su alrededor, como es el caso de la técnica efectuada durante la sesión grupal.

Ahora bien, la violencia o agresión, según Carrasco y González (2006), no posee una definición definitiva, sin embargo existe una serie de aspectos que la caracterizan: es multidimensional (puede manifestar de diferentes formas), intencional (busca generar daño), y trae consigo consecuencias negativas para quien la sufre y para quien la ejerce.

Uno de los espacios en los que se puede presentar manifestaciones de violencia, es el ámbito familiar en el que la violencia es conocida como intrafamiliar o doméstica, y se encuentra asociada a todo aquel acto u omisión que pretenda por medio del uso del poder lesionar la integridad de una persona con quien se mantenga un vínculo consanguíneo (Bogantes, 2008).

Para ampliar el tema sobre cómo se comporta la violencia, dado que fue poco lo referido por las participantes se brinda por medio de material escrito una explicación del ciclo de la violencia intrafamiliar que, según Bogantes (2008) (Anexo N° 14), comprende la repetición de comportamientos a lo largo del tiempo, cada vez con mayor frecuencia y gravedad.

La autora destaca que la violencia no se encuentra relacionada con la edad, la clase social o el estado civil, que todas las personas pueden ser víctimas, y que la forma cíclica del comportamiento de la violencia retoma de forma continua tres momentos básicos, pero a un ritmo propio: el aumento de la tensión (en los que se observan incidentes de agresión considerados menores, principalmente verbales y en los que la persona víctima minimiza y justifica lo ocurrido), el incidente agudo de agresión (corresponde al momento en el que se libera la tensión que se ha venido acumulando, luego del evento la persona víctima se aleja y se coloca la posibilidad de terminar con la relación de violencia) y, el arrepentimiento y comportamiento cariñoso (de la persona agresora, quien se disculpa y promete que no violentara nuevamente) (Bogantes, 2008).

Luego, en los mismos subgrupos de trabajo se les solicita armar dos rompecabezas, los cuales contienen información sobre las diferentes expresiones de la violencia física, psicológica, sexual y patrimonial, los cuales se deben leer y comentar algunos ejemplos que conozcan sobre ello.

En plenaria grupal las participantes del primer subgrupo exponen los principales contenidos abordados durante el trabajo subgrupal, les correspondieron los temas de violencia física y emocional.

Cabe mencionar, que la violencia física es definida como los actos u omisiones que pretenden lesionar o dañar la integridad física de la persona presuntamente víctima (Ley 7586 contra la Violencia Doméstica, 1996).

Las participantes hacen menos referencia a este primer tipo de violencia, se enfocan en la violencia psicológica o emocional, la cual puede ser definida como: las acciones u omisiones que buscan controlar a otra persona por medio de recursos como la manipulación, intimidación, amenazas u otros, con la finalidad de mantener controlada a ésta, dañando su autodeterminación y salud mental y psicológica (Ley 7586 contra la Violencia Doméstica, 1996).

Con respecto a esta manifestación de la violencia las asistentes indican múltiples formas en que se presenta pero que son naturalizadas en la cotidianidad, lo que genera que se toleren y reproduzcan en el seno de las mismas familias, mediante diferentes formas de presión social:

... Por mi casa hay un dicho que dice de la puerta para adentro sólo nosotros para fuera nadie se tiene que enterar... (H, 40)

Las asistentes reconocen la desvalorización social de las expresiones de la violencia psicológica, aunque no la reconocen como tal, si sus expresiones y sus consecuencias:

... después no diga nada si me busco otra... (H, 40)

Haciendo referencia a la amenaza que efectúan en ocasiones muchas parejas a sus mujeres, cuando se ha negado a mantener contacto coital con ellos.

Al segundo subgrupo le corresponde reflexionar sobre la violencia sexual definida como: toda acción en la que se someta a una persona a mantener algún tipo de contacto sexual con el presunto ofensor o terceras personas, por medio de la fuerza, coerción, manipulación o amenaza (Ley 7586 contra la Violencia Doméstica, 1996).

Las personas participantes cuentan con la claridad de que esta puede presentarse tanto por una persona que no sea nuestra pareja, como por la misma

pareja sentimental, ya que si algo ocurre después del momento en que se brinde una respuesta negativa ante la posibilidad de un contacto coital o sexual, esto es denominado violencia sexual.

Por último, se aborda la violencia patrimonial, la cual las participantes identifican con mayor claridad, asociada a su condición de cuidadoras de personas adultas mayores, con respecto a ésta logran señalar ejemplos claros y precisos:

... lo que hacia el vecino con mi mamá, que cada vez que recibía la pensión la llamaba para comprometerla... (H, 40)

... como quisieron hacer mis hermanos con las cosas de mami cuando se enfermó (...) yo me tuve que pelear con ellos... (G, 45)

Es importante anotar que la violencia patrimonial es entendida como todo daño, sustracción, retención y/o destrucción de los bienes, valores y/o recursos económicos de una persona (Ley 7586 contra la Violencia Doméstica, 1996).

De ahí que las participantes, como se menciona anteriormente, identifiquen con mayor claridad este concepto a partir de su labor como cuidadoras, sin embargo también brindan ejemplos en los que también se pueden observar expresiones de violencia patrimonial en otro tipo de relaciones familiares:

... una vecina le daba todo su salario al marido y él no le dejaba nada para ella... (R, 53)

... el que era mi esposo se llevaba la comida de mis hijos para dárselo a la mujer con la que andaba... (M, 44)

Así, se logra representar las diferentes expresiones de lo que se define como violencia patrimonial, tanto desde el vínculo afectivo en una relación de pareja, como desde las relaciones paterno-filiales, fraternales, relación cuidador(a)/persona cuidada, relaciones con terceros (vecinos/as), entre otras.

Relaciones en las que priva al igual que en las otras manifestaciones de la violencia el desequilibrio del poder, como lo plantea Quirós (2002) "(...) la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder de dominio mediante el empleo de la fuerza física, psicológica, económica, política (...)" (p 156), de la persona que posee más poder (de la fuente que sea) sobre quien posee menos.

Análisis del trabajo:

En esta sesión la participación de las asistentes se mantiene activa, inclusive se logra generar un clima grupal en el que se sienten en confianza para exponer algunas situaciones de su vida personal más privada.

Metodología utilizada:

El trabajo en subgrupos y la plenaria grupal se han definido como técnicas complementarias una de la otra, que facilitan la comprensión de ciertos contenidos teóricos y el refuerzo de aspectos abordados anteriormente, por lo que en el tema de violencia y sus múltiples expresiones resultan provechosas.

Resultados**Desde las participantes:**

Las asistentes mantienen su participación activa, se preocupan por las reacciones y comentarios de las compañeras, sobre todo al ser un tema que de una u otra forma todas han experimentado, se muestran solidarias y comprensivas cuando una compañera se retira del aula por un momento. .

Desde la facilitadora:

Se logra cumplir con el objetivo de la Unidad Temática, al abordar de primera mano la socialización de género como la base para comprender la violencia, los temas planteados se desarrollan de una forma fluida y se facilita el asociar dicha temática con la violencia y las formas en que se manifiesta ésta en la vida diaria.

Unidad III. El cuidado y atención de personas adultas mayores.

Objetivo de la unidad: Al finalizar la tercera unidad cada una de las personas participantes será capaz de señalar las diferentes de redes de apoyo y tipos de apoyo que pueden recibir desde el ámbito personal, así como en su desempeño como cuidadoras.

Nombre de la sesión: Redes y tipos de apoyo

Fecha: 29 de abril, 2015

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago

Personas Presentes: A, B, H, L, M, R.

Objetivo de la sesión: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de señalar el concepto de redes sociales y apoyo social, así como los tipos de apoyo que existen y las fuentes que los pueden brindar.

Descripción y análisis de la sesión:

Se inicia la sesión con la lectura grupal del material educativo elaborado sobre la violencia intrafamiliar y sus múltiples expresiones (Anexo N° 12), y se refuerzan los contenidos temáticos.

Las participantes retoman aspectos relacionados con los mandatos sociales asignados para cada género, los cuales han sido utilizados para justificar la violencia en su diversidad de expresiones:

... una muchacha que yo conozco dice que la drogaron en el baile de graduación y dice que una enfermera le dijo que ella tuvo la culpa porque ella quería que le pasara eso... (B, 52)

Además, las asistentes refieren que luego de las sesiones anteriores, logran reconocer expresiones de violencia que en otro momento no hubieran definido como tal, inclusive comentan cómo en sus familias han empezado a cuestionar situaciones con las que ya no están de acuerdo o bien porque desean realizar algún cambio en la forma en que se han establecido las relaciones familiares.

Luego, se les solicita a las asistentes que participen de manera individual en un juego de mesa tamaño real en el cual deben ser ellas las fichas, deben avanzar según el número que marca el dado.

En el juego existen casillas que dicen "Tome una tarjeta", en las cuales se encuentra información sobre el tema del día, otras que dicen "Reto" en la que se le solicita a la participante que realice alguna acción en particular y "Sorpresa" en la

que la persona gana una especie de premio al caer en esta casilla. Se les indica que gana la que llega a la casilla rotulada "Final" por número exacto (Anexo N°15).

La temática a abordar son las redes, fuentes y tipos de apoyo, se hace énfasis en la definición de cada categoría y la forma en que se asocia con su realidad como personas y no como cuidadoras.

Lo anterior dado que, como se aclara en la sección 5.2 sobre el "Contacto inicial", las asistentes fueron invitadas a participar en el proceso grupal por su condición de cuidadoras informales principales de personas adultas mayores, que presentan condiciones de riesgo asociadas al Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada tanto por el recargo en el cuidado, como por la falta de apoyo familiar, problemas en los mecanismos de comunicación, falta de tiempo para descanso, recreación, y hasta la consecución de metas personales.

De ahí que se pretende que las participantes se enfoquen en su condición y necesidades personales, entendiendo que las personas se encuentran en constante interacción con el entorno- inclusive ellas como cuidadoras-, por lo que entablan relaciones en diferentes espacios y estas relaciones a su vez se convierten en las denominadas "redes sociales" de la persona, las cuales poseen como principal objetivo brindar servicios, y diferentes tipos de apoyo (Guzmán et al, 2009).

Sin embargo, estas relaciones y redes sociales se modifican a lo largo del proceso de envejecimiento y ejercen un rol diferente en cada uno de los momentos del ciclo vital (Pinazo y Sánchez, 2005), de ahí que a las participantes se les solicita reflexionar sobre el papel que juegan estas redes en su vida para exponer dicha premisa y comparar con los tipos de apoyos que requieren las y los familiares cuidados.

Se refuerza la necesidad de establecer de forma clara y concreta las fuentes y tipos de apoyo que como cuidadoras requieren, ante el riesgo identificado previamente del desgaste o la presencia de indicadores sugestivos del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, y el daño que ello trae consigo a mediano y largo plazo para su estado de salud integral (Rojas, 2007).

A partir del juego las participantes efectúan un ejercicio mental en el que deben leer un texto asociado con el tema y plantear quién o qué representa para ellas esa red o ese tipo de apoyo.

Las asistentes destacan que no se habían considerado en ningún momento antes como personas que requirieran apoyo, y que existieran múltiples formas de brindar apoyo

... Nunca había escuchado que había tantos tipos de apoyo... (B, 52).

Sin embargo reconocen que en ocasiones también lo requieren

... a veces uno se siente solo... (H, 40).

Reconocen como sus principales redes y fuentes de apoyo a sus familias (las personas con quienes viven), no así a sus familias de origen, a su comunidad y a instituciones de salud principalmente

Finalmente, se lleva a cabo la reproducción de un audio de relajación, con el cual se busca generar un espacio para liberar tensiones en las participantes.

Análisis del trabajo:

La sesión representa un reto en cuanto a participación para el grupo, sin embargo las asistentes intervienen en cada momento de acuerdo a lo esperado y al finalizar la sesión logran concentrarse en la actividad de autocuidado programada.

Metodología utilizada:

El juego de mesa humano se utiliza como una forma de ubicar a las personas asistentes como piezas activas en su vida y lo que sucede en ésta. Por su parte el uso de un audio de relajación, permite que las participantes también se permitan un espacio para la descarga de emociones y tensiones.

Resultados

Desde las participantes:

En esta sesión las participantes logran ubicarse como personas también con necesidades y no sólo como las encargadas de determinado familiar, logran

diferencias los tipos de apoyo que se pueden brindar y los diversos espacios de donde puede provenir dicho aporte.

Desde la facilitadora:

Se cumple con los objetivos de la Unidad Temática y se brinda el espacio necesario para que las participantes nuevamente se coloquen en su condición de persona que también requiere de apoyo y acompañamiento en su vida cotidiana.

Unidad IV. Autocuidado.

Objetivo de la unidad: Al finalizar la cuarta unidad cada una de las personas participantes será capaz de identificar aquellas actividades que pueden desarrollar para mejorar su condición y calidad de vida de manera integral.

Nombre de la sesión: Autocuidado, dimensión física.

Fecha: 6 de mayo, 2015

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago

Personas Presentes: B, G, H, L, M, R.

Objetivo de la sesión: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar los conceptos de alimentación saludable y actividad física

Descripción y análisis de la sesión:

Se inicia la sesión con la lectura grupal del material educativo construido sobre los tipos y fuentes de redes de apoyo (Anexo N°12), se refuerzan los contenidos temáticos.

Se presenta a la Licda. María Paola Sequeira Arce, Nutricionista y estudiante de la Maestría profesional en Gerontología, quien asume la facilitación de la sesión del día de hoy, inicia con la actividad "Red de Cambios", en la que solicita a las participantes que se presenten y que mencionen una palabra que signifique para ellas la alimentación balanceada y sana.

Las palabras seleccionadas por las participantes son principalmente de frutas y verduras, destacan que no son alimentos de consumo constante y continuo, tanto por las situaciones socioeconómicas particulares así como por el tipo de alimentación que mantienen:

... uno sabe que tiene que comerlo, pero no lo hace ... (B, 52).

Con respecto a la alimentación y la forma en que se alimentan las diferentes poblaciones es importante destacar que existen múltiples factores que inciden en los hábitos alimentarios de una sociedad en particular, los asociados a la disponibilidad de los alimentos (geográficos, climáticos y económicos) y los relacionados con la elección de los alimentos (sociales, culturales, económicos) (Morris, 2010).

En el caso de las cuidadoras asistentes dado que su condición es informal no reciben una remuneración económica por sus labores, por lo que es limitada la capacidad económica para acceder a cierto tipo de alimentos.

Sin embargo, desde el plano individual aspectos como la capacidad adquisitiva, el conocimiento sobre la alimentación saludable y los gustos personales, según Morris (2010), también son determinantes en el estilo de alimentación de una población en particular.

Las cuidadoras, por su parte, al contar con tan poco tiempo libre disponible por su recargo en el cuidado y la demanda de atención constante dadas las condiciones de dependencia de las personas adultas mayores cuidadas, como lo mencionan durante el diagnóstico, pueden disponer de poco tiempo para ampliar sus conocimientos sobre diferentes aspectos asociados a su autocuidado, como por ejemplo: la alimentación saludable, lo que se identifica como un factor de vulnerabilidad que se debe fortalecer mediante propuestas de abordaje como la presente.

Luego se realiza el juego de la “papa caliente”, en el que cada una de las participantes comenta -cuando es su turno- qué sabe de un grupo de alimentos. Se observa que las participantes cuentan con información básica sobre los diferentes grupos de alimentos, pero no manejan los nombres de cada grupo:

... ahhh si yo siempre he escuchado que las harinas hay que comerlas con medida... (R, 53)

Haciendo referencia a los carbohidratos y la forma en que deben ingerirse.

Seguidamente se inicia con la exposición participativa de la Licda. Sequeira sobre aspectos básicos de alimentación saludable. Las personas asistentes se mantienen atentas y consultan sobre aspectos particulares de su condición de salud y tipo de alimentación, se observa una comunicación horizontal, clara y fluida entre la invitada y las participantes.

Las cuidadoras aprovechan el espacio para ampliar sus conocimientos, y aprender técnicas de autocuidado relacionadas con su alimentación, como una estrategia para prevenir el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, al que se encuentran expuestas.

Luego de la exposición cada persona construye en un papel un ejemplo de un tiempo de alimentación que se pueda consumir a diario y que sea necesario para una alimentación saludable. Las participantes logran ejemplificar de manera satisfactoria la información brindada previamente y se muestran interesadas en todo momento por obtener la mayor cantidad de información posible sobre el tema de la alimentación saludable.

Posteriormente, se realiza la técnica “Deje su carga pesada...y recoja su alegría”, en la cual se le entrega a cada participante un papel y un lápiz para que anote un hábito que está dentro de su rutina y que considera que debe cambiar. A las participantes se les facilita realizar este ejercicio, reconocen el poco tiempo con que cuentan en ocasiones para encargarse de sí mismas, por lo que las cosas que deben cambiar se encuentran asociadas a mejorar su autocuidado:

... Necesito hacer algo de ejercicio... (M, 44)

... Cuidar lo que me como, porque a veces con tantas cosas que hacer uno ni piensa lo que se come... (R, 53)

Tal como lo señala Obando et al. (2009) las personas cuidadoras, mujeres, relegan a un segundo plano su bienestar físico y mental, y sus necesidades personales; ante su rol de cuidadoras, exponiendo al deterioro su calidad de vida y proceso de envejecimiento.

Cuando finalizan la tarea, se les solicita depositarla en una caja y a cambio se les hace entrega de un pensamiento positivo sobre la temática abordada.

Seguidamente, se reproduce el video "Pausas activas", en el cual se presentan una serie de movimientos y ejercicios sencillos para que tanto las participantes, la estudiante como las profesionales invitadas realicen las actividades propuestas en el mismo.

Las asistentes mantienen su participación activa, y disfrutan de la actividad física realizada, destacan nuevamente que debido al poco tiempo con el que cuentan, realizar este tipo de actividades es poco frecuente, por lo que se les incentiva a retomar en su diario vivir prácticas de alimentación saludable y a realizar actividad física, como una estrategia para mejorar su autocuidado, calidad de vida y prevenir el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, como los describe Ballester y otros (2013):

"(...) el hecho de ser cuidador informal acarrea consecuencias importantes en los sujetos y que estas consecuencias negativas en la salud, en los estilos de vida y en las relaciones sociales pueden ser atenuadas si las intervenciones (...) son capaces de tener en cuenta al sujeto cuidado y a su entorno de una forma holística (...)" (p 6).

Finalmente, se presenta al grupo a la Licda. Rosa Navarro Solano, Trabajadora Social, quien efectúa una técnica de respiración y relajación con las personas asistentes. Con esta actividad se cierra la sesión, las participantes hacen referencia a su agradecimiento por brindarles un espacio para ellas como personas, en medio de su labor cotidiana y agotadora de cuidadoras principales de sus familiares.

Análisis del trabajo:

La sesión se desarrolla de una forma fluida, las profesionales invitadas logran involucrarse en la dinámica grupal de manera satisfactoria y las personas

asistentes expresan su interés en las temáticas abordadas con una participación activa durante toda la sesión.

Metodología utilizada:

Las técnicas seleccionadas por la profesional invitada para desarrollar los temas: exposición participativa y actividades de construcción personal, permiten que las participantes le involucren en la dinámica relacional grupal de manera efectiva.

Resultados

Desde las participantes:

Las participantes logran aprovechar para sí mismas esta sesión, tal cual como se planeó, expresan su necesidad de generarse más espacios como estos para sí mismas en su diario vivir.

Desde la facilitadora:

La sesión permite que las participantes se concienticen sobre la necesidad de construir y demandar sus propios espacios de autocuidado, aunado a que obtienen información concreta sobre aspectos básicos sobre los estilo de vida saludable.

Nombre de la sesión: Comunicación Asertiva

Fecha: 13 de mayo, 2015

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago

Personas Presentes: A, B, G, H, L, M.

Objetivo de la sesión: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar el concepto de comunicación asertiva, así como los diferentes estilos de comunicación.

Descripción y análisis de la sesión:

Esta sesión inicia con la técnica Rompe Hielo “Saludos múltiples”, luego se les solicita a las participantes que completen el material entregado donde se proponen algunas situaciones y se solicita que definan que harían ante cada una de ellas (Anexo N°16).

Dichas situaciones corresponden a cuatro escenas que se pueden presentar en la vida cotidiana y que enfrentan a las participantes ante la necesidad de tomar una decisión, mencionan que se les dificulta la tercera de las escenas en la cual se les coloca ante la necesidad de defender a una tercera persona de los insultos y señalamientos de otra, debido a que quien señala es una persona cercana a ellas, expresan el conflicto personal ante el cual se enfrentarían.

En contraposición expresan que en la escena número uno, se les facilita decidir cuál sería su opción de acción, dado que se presenta una escena en la que deben explicar qué harían en una excursión, en la que después de comer se observan desperdicios, papeles y plásticos, es decir un escenario en el cual no deben de interactuar con otras personas ni defender su criterio o posición.

Dado que las participantes han expresado la existencia de problemas de comunicación en el ámbito familiar, y ello se identifica como un factor de vulnerabilidad para el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, se aborda con las cuidadoras el tema de la comunicación asertiva como herramienta para mejorar los canales de comunicación personales y familiares, así como una estrategia para desarrollar relaciones interpersonales sanas, basadas en el respeto.

Seguidamente, se realiza la técnica “Las tres erres” (Anexo N°17), en la que se facilita a cada participante una hoja blanca y se les solicita la doblen en cuatro; luego se desdobra y en la primera columna deben colocar el nombre de cinco personas con quienes mantienen un contacto diario. En la segunda columna se elabora una frase para dos personas de la lista anterior en la que se defina un resentimiento que se le tiene a esa persona. En la tercera se escribe lo que desea realmente que hagan aquellas personas hacia las que se siente un resentimiento. En la cuarta columna se completa la frase con el reconocimiento de por qué esa persona no hace lo que queremos.

La información escrita es personal por lo que no se le solicita a las participantes que la compartan de manera grupal, sin embargo, se les cuestiona sobre algunos aspectos, por ejemplo sobre qué se les facilita más si escribir los aspectos que resienten de una persona o encontrar la justificación para que esta persona no actúe como se desea que lo haga.

De las personas asistentes la mayoría coinciden en que les es más fácil justificar a las personas que seleccionan que verbalizar, aunque sea de forma escrita, los rencores que mantienen hacia esas personas,

... yo no lo hablo porque cuando lo hablo yo soy la pleitera, la egoísta, la que aleja a la mamá del hijo... (A, 40).

Se reflexiona durante la plenaria grupal sobre la necesidad de mejorar nuestras estrategias de comunicación, definida como un proceso interactivo e interpersonal (Guardia de Viggiano, 2009), con el objetivo precisamente de evitar y eliminar ese sentimiento de impotencia que permanece cuando no se logran verbalizar las diferencias o conflictos de una manera sana.

De manera conjunta, las participantes junto con la facilitadora concluyen, luego de la plenaria, que este proceso grupal no se desarrolla para que las personas a su alrededor cambien, sino para que ellas realicen los cambios que sean necesarios para que, como personas, puedan realizarse aún en medio de su labor de cuidado.

Luego, se conforman tres parejas de trabajo para realizar la técnica "Tortuga, Dragón y Persona" (Anexo N°18), en la cual a cada subgrupo le corresponde protagonizar un ejemplo de los estilos de la comunicación: pasivo, agresivo o asertivo. Además, deben identificar en una lista de enunciados cuáles corresponden al estilo asignado. En plenaria grupal cada pareja de trabajo presenta los ejemplos y conclusiones alcanzadas.

A la pareja de doña M y G les corresponde el "Dragón" o el estilo de comunicación agresivo, en la que la persona defiende sus pensamientos y sentimientos de forma tal que son sobrevalorados, y en ese proceso de defensa pueden incluso menospreciar y denigrar las posiciones de las otras personas (Van der Hofstadt Román, 2005).

Afirman conocer muchas personas que actúan de esta forma, no consideran que esa sea su forma de comunicarse, pero logran identificar con claridad las características que este tipo de comunicación posee y las implicaciones en las relaciones interpersonales.

A doña B y L, les corresponde la “Tortuga” caracterizada por un estilo de comunicación pasiva o inhibida en la que las personas evitan expresar y defender sus pensamientos y/o sentimientos ante terceras personas, ya sea por temor al rechazo o bien para no ofender, de tal forma que no brindan un valor importante a sus opiniones o necesidades, colocando por encima el valor de los criterios externos (Van der Hofstadt Román, 2005).

Una de las participantes que conformaba la pareja de trabajo refiere haberse sentido identificada con la descripción brindada, no obstante reconoce haber iniciado un proceso de cambio

... Se parecía a mí, pero ahora estoy cambiando... (L, 45).

Cabe mencionar que durante la exposición del subgrupo, la mayoría de las participantes refieren sentirse identificadas con esta forma de interactuar, pero al igual doña L, decididas a realizar modificaciones.

Se retoma por parte de la facilitadora los roles de género socialmente asignados a las mujeres y se reflexiona sobre cómo una de las características deseables en una mujer, según el patriarcado, es ser “sumisa”, rasgo asociado a la pasividad y aceptación de lo que las otras personas, ya sean hombres, parejas, familiares, entre otros, tomen decisiones sobre su vida y no se genere algún tipo de reacción cuando esto afecta o daña la integridad de la persona; relacionado directamente a su posición como cuidadoras principales informarles de sus familiares dependientes y necesitados de cuidado, con recargos en las tareas, producto de lo cual terminan trasgrediendo no solo sus derechos individuales y condiciones de vida, sino también su estado de salud integral, al aceptar lo que las otras personas decidan sobre su función, tiempo de cuidado, uso del tiempo libre, entre otros aspectos.

Al subgrupo conformado por A y H, les corresponde la “persona”, es decir el estilo de comunicación asertivo relacionado con aquellas personas que brindan la

misma importancia a sus pensamientos y sentimientos, que a los de las otras personas; quienes aceptan y respetan las posturas de los demás, y se expresan de forma directa, abierta y honesta (Van der Hofstadt Román, 2005).

Caracterizan a este estilo de comunicarse como el (...) *balance* (...) (A, 40), que permite *No pasarle por encima a los demás* (M, 44), la forma ideal para entablar interacción con las personas a nuestro alrededor.

Pese a ello reconocen que esto se les dificulta no sólo por su historia personal, sino también por el actuar de sus familiares o personas a su alrededor.

Luego se hace entrega a cada una de las participantes de un test para conocer cuál estilo de la comunicación predomina en ellas, el material es personal y se indica que no se encuentran obligadas a compartirlo con el grupo (Anexo N°19).

Solamente una de las participantes está dispuesta a compartir sus resultados, se expresa preocupada por haber tenido más respuesta en la línea de la agresividad, pero se aclara que dicho instrumento es solamente una referencia que existen tendencias de comunicación y comportamiento, y que éste puede cambiar dependiendo de dónde estemos y con quién; que inclusive hay momentos en los que después de muchas situaciones en las que se ha tolerado se puede presentar un comportamiento agresivo en una persona que previamente era descrita como pasiva, por ejemplo en situaciones en las que el recargo familiar no se logra modificar de alguna forma y la persona cuidadora sobrecargada termina reaccionando de esta forma no sólo con sus otras y otros familiares, sino inclusive con la persona cuidada.

Finalmente se hace lectura grupal de la reflexión "Una guía para organizar y pensar la conducta asertiva" (Anexo N°20), se hace énfasis en la necesidad no sólo de mejorar el estilo de comunicación que mantenemos, sino también de reconocer los aspectos positivos de cada una como persona única.

Afirman,

... A mí sí me gusta que me digan halagos aunque casi nunca me los dicen... (M, 44)

*... a mí sí me dicen cosas bonitas (...) pero yo nunca me he echado
porras... (L, 45)*

Identifican, de esta forma, que no solamente deben ser asertivas con las personas a su alrededor, sino que consigo mismas también, por lo que el reconocimiento de sus cualidades, fortalezas y características positivas es una labor que se debe mejorar, como una estrategia de autocuidado que facilite condiciones de prevención del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, al fortalecer la autoestima y el autorespeto de cada una de las participantes.

Análisis del trabajo:

Esta sesión de trabajo está caracterizada por una activa reflexión sobre aspectos personales de las participantes relacionadas con sus estilos de comunicación, por lo que se les observa un poco dispersas, pero siempre activas en su participación.

Metodología utilizada:

El trabajo en parejas y los trabajos individuales son técnicas que permiten que las participantes reflexionen sobre aspectos asociados a la forma en que entablan comunicación no sólo con sus familias, sino también con todas las personas a su alrededor.

Resultados

Desde las participantes:

Las participantes se observan dispersas durante la sesión, sin embargo logran señalar con claridad las diferencias entre los diferentes estilos de comunicación y con cuál se sienten más identificadas de acuerdo a su forma de comunicarse.

Desde la facilitadora:

Al abordar el tema de los estilos de comunicación, enfatizando en la asertividad, además de diferenciarlos, la sesión permite que las participantes

relacionen cómo los roles de género socialmente asignados a cada sexo, en este caso a las mujeres, impactan en diversos ámbitos de la vida diaria, uno de estos la forma en que se interactúa con el entorno y cómo respondemos ante las múltiples demandas que se nos realizan.

Nombre de la sesión: Autocuidado, dimensión psicológica

Fecha: 20 de mayo, 2015

Lugar: Aula Oficinas Cruz Roja Cartago

Personas Presentes: A, B, G, H, L, M, R, Profesora Msc. Lilliana Picado.

Objetivo de la sesión: Al finalizar esta sesión cada una de las participantes será capaz de identificar cuáles actividades permiten fortalecer y mejorar su estado de salud emocional.

Descripción y análisis de la sesión:

La sesión inicia con la presentación de la Msc. Lilliana Picado profesora del curso “Taller de Investigación II”, de la Maestría Profesional en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, directora de la investigación aplicada, quien participa junto con las cuidadoras en todas las actividades propuestas para la sesión.

Seguidamente, se desarrolla la técnica Rompe Hielo “Que se cambien de sitio las personas que...”, y luego de ello se realiza lectura de material educativo sobre la comunicación asertiva.

Doña R pregunta sobre los contenidos de la sesión anterior, por lo que las asistentes le realizan un resumen de lo abordado de manera clara y concreta.

Luego se solicita a las participantes y la profesora Lilliana Picado realicen un dibujo figurativo o abstracto en el que se exprese quiénes son y qué desean como personas y mujeres. En plenaria grupal se retoma el significado de estos dibujos para las asistentes que desean compartirlo.

Sobre quiénes son las participantes se definen a partir de su rol como cuidadora, sea de un familiar enfermo o bien de su familia en general:

... un paisaje (...) en este momento tengo mucho pero tengo mis pies bien pegados al suelo (...) tengo los pies bien puestos sobre la tierra... (L, 45)

... mi casa (...) están felices conmigo... (M, 44)

... cuidando a mi madre como una mariposa... (G, 45)

... dibuje rosas porque me gustan mucho (...) viví mucho abuso desde niña para cuidar a mis siete hermanos (...) nunca tuve una adolescencia o niñez feliz... (R, 53)

Con respecto a qué desean, todas hacen referencia a un futuro donde puedan realizarse como persona, en conjunto con sus familias, en correspondencia con lo referido durante la sesión diagnóstica sobre la necesidad de avanzar en la consecución de metas personales.

Luego, se definen parejas de trabajo, a cada una de las personas asistentes le corresponde comentar a su compañera dos atributos físicos, dos cualidades de la personalidad y una habilidad que se posee, no se permiten comentarios negativos. Posteriormente, de manera grupal se reflexiona sobre la dificultad o no para iniciar con la tarea asignada y enlistar sus cualidades personales.

Las participantes describen que se les dificulta enlistar sus cualidades físicas

... porque a nosotras no nos enseñaron a decirnos cosas bonitas... (R, 53)

... no nos acostumbraron... (A, 40)

... si lo digo es porque me lo dicen no porque yo lo crea... (H, 40).

Ello relacionado con lo planteado anteriormente sobre la construcción de la identidad de género femenina para los otros y no para sí mismas, como lo plantea Villegas (2006), por lo cual se les dificulta apreciar aquellas características y/o cualidades personales positivas sobre sí mismas.

Con respecto a las cualidades personales no se genera mayor dificultad, sin embargo se refuerza con las personas asistentes la necesidad de reconocer en

cada una como persona ese tipo de aspectos, porque ello se identifica como una de las principales estrategias para fortalecer la denominada Autoestima, definida como el valor que cada persona se asigna a sí misma a partir de la interacción social en diferentes ámbitos como la familia y/o la comunidad, y en los diferentes momentos del ciclo vital desde la niñez temprana hasta la adultez mayor, materializada en las características personales que cada ser humano define como propias, así como sus habilidades, competencias y cualidades (Ortega, Mínguez y Rodes, 2001).

Dado que en tanto se logre fortalecer la Autoestima, utilizar estrategias de comunicación asertiva será una acción más fluida y fundamentada; además al apreciar y reconocernos como personas valiosas nuestras actividades relacionadas con mantener una alimentación saludable y realizar actividad física dejaría de ser una obligación para convertirse en una necesidad, y al mismo tiempo acciones que facilitan la prevención del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

Asimismo, se le indica a cada una de las participantes que imagine que se ingresa a un gran bazar mágico en el cual puede tomar una cualidad personal que le gustaría poseer, y a cambio puede dejar lo que menos le guste de sí misma. Se colocan dos papelógrafos uno con el rótulo "Tomar" y otro "Dejar"; se les hace entrega de dos tarjetas donde anotan dichas cualidades y las colocan en el lugar correspondiente. De manera grupal se comentan las cualidades seleccionadas y el por qué.

Dentro de las cualidades seleccionadas que les gustaría "Tomar" se encuentran "felicidad", "vestido precioso", "tranquilidad", "paz", "asertividad" y "felicidad"; las asistentes coinciden en que esto que desean tomar se encuentra relacionado con lo que en este momento necesitan y desean para sus vidas.

En cuanto a lo que dejarían las participantes mencionan "unos kilos", "vestido viejo", "tristeza", "angustia", "años" y "mi vida". Señalan que estas cualidades las dejarían, dado que observan que son los sentimientos que en ocasiones les hacen sentirse abrumadas e inclusive cansadas en su labor de cuidado.

Seguidamente, a cada una de las asistentes se le entrega una hoja en la cual enumeran al menos tres metas que se desean alcanzar, el plazo en que desean hacerlo, los recursos internos y externos necesarios para alcanzarlos, las limitaciones internas y externas; así como los pasos a seguir.

Las participantes no quieren compartir entre ellas esta actividad por lo que se respeta su deseo y se continúa con la siguiente actividad.

Cabe mencionar que las participantes cuando deben efectuar algún trabajo escrito que será expuesto al resto del grupo, impresionan que se comprometen más con la asignación, sin embargo, cuando se realiza un trabajo personal y privado, resuelven de una manera más rápida.

Lo anterior se podría asociar a su condición de género, debido a que las mujeres como parte de sus roles asignados socialmente se encuentra el encargarse del otro, el cumplir con el otro, más cuando se trata de un tiempo para sí misma se minimiza e inclusive se invisibiliza su necesidad (Sevilla, 2010).

Luego, se coloca a las participantes en forma de semi-círculo y una silla en el medio, cada una de las asistentes se coloca en esta silla y el resto de las participantes una a una le expresa todos los sentimientos positivos que tienen hacia ella.

Las participantes no permiten que esta parte de la sesión fuera grabada, sin embargo se logra observar cómo la cohesión grupal ha generado un recurso de apoyo más para cada una de las asistentes, de tal forma que no sólo se han vuelto compañeras, sino un grupo de pares capaz de comprender su condición como mujeres y cuidadoras.

Finalmente, se aplica un instrumento de evaluación en el que se incluyen aspectos sobre la metodología y los conceptos teóricos abordados en las sesiones anteriores (Anexo N°21).

Sobre la metodología todas las personas participantes consideran que: el contenido de las sesiones cumplió con sus expectativas, las actividades propuestas les motivaron a participar, los materiales utilizados fueron de ayuda y que tuvieron oportunidad para ampliar sus conocimientos. Con respecto al lugar

de reunión sólo una persona consideró que el mismo era incómodo debido a los sonidos de los automóviles y las motocicletas que circulan cerca.

Sobre los conceptos teóricos abordados en las diferentes sesiones en la evaluación se obtiene que:

Todas las personas exponen un concepto del envejecimiento claro, lo consideran como un proceso particular, en el que se presentan cambios biopsicosociales:

... Es un proceso particular de cada persona...

... El envejecimiento es un proceso normal y natural del ser humano, en el que vivimos algunos cambios conforme crecemos...

Con respecto a las enfermedades durante la vejez, las participantes mencionan algunas de las enfermedades que se pueden presentar durante este momento de la vida: “problemas de memoria”, “derrames”, “infartos”, “diabetes”, “presión alta”; pero aclaran que no son enfermedades exclusivas de ese momento del ciclo vital:

... Aunque no se dan en todos los casos...

... Cada adulto mayor tiene diferentes enfermedades y también pueda que o tenga ninguna...

Sobre la diferencia entre sexo y género, explican que el primero son las características físicas que diferencian a hombres y mujeres, sobre el género identifican que son las características y comportamientos que socialmente le han sido asignadas a cada persona de acuerdo a su sexo.

Los tipos de Violencia Intrafamiliar, así como las diferentes fuentes de apoyo, los tiempos de alimentación diarios y los tipos de alimentos son identificados con precisión por las personas participantes en el instrumento de evaluación.

En lo que respecta a la noción de comunicación asertiva, agresiva y pasiva, logran asociar dichos conceptos con las figuras utilizadas (Dragón, Tortuga y Persona), así como con las características que describen cada forma de comunicarse:

... el dragón explosivo que no le importa lo que los demás sienten y la tortuga la persona que se limita a no decir nada y se aísla...

Al final del instrumento de evaluación se incluye un apartado de comentarios, sugerencias, recomendaciones y observaciones, en el que las participantes expresan la importancia de este tipo de procesos grupales, el contenido abordado y la necesidad de brindar atención a la personas cuidadoras:

... Este curso fue sumamente interesante, explicativo, educativo, me permitió conocer sobre mucho temas, pero sobretodo me permitió valorarme a mí misma y sentirme bien para poder brindar a los demás la paz y tranquilidad...

... Este fue un proyecto que tomó en cuenta una gran necesidad que hay en este momento en la sociedad, solo en un grupo así nos damos cuenta que todo este mundo desesperante no lo vivimos solo Yo sino que estas son situaciones muy comunes y en grupo nos podemos apoyar y desahogar...

Análisis del trabajo:

Esta última sesión de trabajo del proceso grupal es un momento de emotividad para la mayoría de las participantes, al colocarse desde su posición como personas y mujeres, surgen una serie de aspectos que las participantes identifican como ausentes en sus vidas, pero necesario de modificar.

Metodología utilizada:

Por las características y el objetivo de la sesión el trabajo individual escrito y/o verbal es la técnica que mejor se ajusta a lo requerido, pues permite a las participantes exponer, compartir o bien reservarse lo que prefiera.

Resultados

Desde las participantes:

Las asistentes se muestran emotivas durante el transcurso de la sesión, sin embargo su participación activa se mantiene, destacan el beneficio de efectuar este tipo de reflexiones personales que desde otros ámbitos no pueden realizar.

Desde la facilitadora:

En esta tercera sesión de la última Unidad Temática se logra observar al menos de manera verbal cómo las personas participantes identifican aquellas actividades y decisiones que pueden poner en práctica para mejorar su condición y calidad de vida de una manera integral, es decir, logran mejorar su Autocuidado.

5.5. Reflexión y análisis del proceso grupal

De acuerdo a lo propuesto por Pichón-Rivière (1971) para el análisis dialéctico del proceso grupal, puede utilizarse el cono invertido como esquema explicativo de dicho proceso, en el cual se efectúa un análisis que incluye la reflexión de aspectos como: actitud ante el cambio, afiliación, pertenencia, comunicación, pertinencia, cooperación y aprendizaje.

a. Actitud ante el cambio

El grupo conformado para el desarrollo de esta Propuesta de Abordaje Gerontológico es convocado para este propósito a partir del abordaje del Servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, con las diferentes situaciones sociofamiliares, en las que se logra identificar la prevalencia de cuidadoras principales recargadas con riesgo, de enfrentar el Síndrome de la persona cuidadora cansada.

La propuesta se ofrece como alternativa de atención a las personas adultas mayores, pero enfocando la intervención desde la persona cuidadora, con beneficios indirectos para la persona cuidada.

Las cuidadoras asistentes al proceso grupal se muestran desde el primer día activas en su participación y motivadas a ser parte de esta propuesta, expresan su deseo de mejorar sus situaciones particulares, tanto familiares como individuales.

b. Sentido de pertenencia

Dado que este grupo es conformado con el objetivo de poner en práctica esta Propuesta de Abordaje Gerontológico, el sentido de pertenencia se desarrolla

a lo largo de las sesiones, principalmente a causa de la característica que poseen en común las participantes.

Al inicio del proceso grupal, las primeras dos sesiones, las asistentes se observan participativas pero distantes entre sí, sin embargo a partir de la tercera sesión las relaciones interpersonales se observan fluidas, logran identificar aquellos aspectos en los que poseen aciertos y desaciertos y construir a partir de ahí un sentido de pertenencia grupal.

c. Proceso de comunicación

El proceso de comunicación establecido durante el proceso grupal es claro y fluido, las personas asistentes a pesar de no haber tenido contacto previo entre sí, logran entablar canales de comunicación efectivos que propician una comunicación asertiva durante el desarrollo de todas las sesiones grupales, tanto entre ellas como con la facilitadora.

d. Pertinencia

Este tipo de Propuestas de Abordaje Gerontológico se evidencia como una herramienta técnica operativa que brinda a las personas profesionales una posibilidad para abordar y fortalecer el cuidado y atención de las personas adultas mayores desde un enfoque integral; en el que sus cuidadoras principales logren obtener no sólo información sobre aspectos básicos para la convivencia e interrelaciones familiares, sino también herramientas para propiciar y motivarlas para mantener actividades de autocuidado que les permita a ellas también disfrutar de un envejecimiento activo y prevenir los síntomas sugestivos del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

e. Cooperación

Las participantes desde la primera sesión se muestran colaboradoras con el proceso grupal, tanto en las actividades que se proponen realizar para el cumplimiento de los objetivos propuestos, así como también para compartir alimentos a la hora del café, inclusive para trasladarse hasta el lugar de reunión grupal. Cabe mencionar que durante todo el proceso grupal la cooperación de las participantes se mantiene e inclusive aumenta al finalizar la experiencia.

Lo anterior puede relacionarse con el hecho de que la mayoría ha recibido atención individual desde el Servicio de Trabajo Social, con la investigadora, lo que logró disminuir su resistencia a la participación.

f. Aprendizaje

Las técnicas metodológicas utilizadas para la ejecución de las actividades propuestas como el trabajo en subgrupos, la lluvia de ideas y la reflexión grupal permite y propicia la construcción de conocimientos de manera grupal y horizontal de forma tal que las participantes y la facilitadora logran alcanzar los objetivos propuestos de manera conjunta; las cuales se encuentran basadas en el enfoque de investigación-acción seleccionado para la presente investigación aplicada.

5.6. Sobre el programa gerontológico

La Propuesta de Abordaje Gerontológico se desarrolla, como se menciona anteriormente, con un grupo conformado para dicho fin, sin embargo la participación y motivación de las personas asistentes permite que el proceso grupal se desarrolle de tal forma que se efectúa una amplia reflexión, desde la perspectiva y conocimiento de las participantes sobre los diferentes temas abordados (Proceso de Envejecimiento y Vejez, Enfermedades durante la Vejez, Socialización de Género, Violencia Intrafamiliar, Tipos y Redes de Apoyo, Comunicación Asertiva, Alimentación Saludable, Actividad Física, Autocuidado), reforzados con los aportes teóricos de la facilitadora.

La metodología definida permite el desarrollo de sesiones fluidas en las que las unidades temáticas se pueden relacionar entre sí una vez abordadas, para alcanzar de esta forma un aprendizaje concreto sobre los diferentes temas establecidos.

Las participantes se ausentan al proceso grupal en pocas ocasiones con las justificaciones respectivas, y cuando se ausentan, solicitan a sus compañeras que les informen sobre los temas abordados y los materiales construidos. Lo que evidencia el compromiso de las participantes, así como el interés por las temáticas abordadas.

5.7. Reflexión y análisis de la experiencia

Las cuidadoras participantes en esta Propuesta de Abordaje Gerontológico son personas cuyas actividades de la vida cotidiana las absorbe y limita en diferentes aspectos de su vida personal y familiar, dada la labor de cuidado que desarrollan; el concederse la posibilidad de participar en un proceso grupal en el cual, además de realizar una actividad diferente a lo usual, puedan aprender sobre diferentes temáticas dirigidas a propiciarles herramientas para mejorar su autocuidado y su proceso de envejecimiento, representa un deseo e iniciativa de cambio importante para cada una de ellas, dado que muchas expresan al momento del contacto inicial problemas relacionados con la falta de tiempo, problemas económicos, dificultades de comunicación, falta de apoyo familiar, condiciones sugestivas de cansancio en el cuidado.

La forma en que los contenidos abordados hayan sido elaborados y tomados para sí, depende no sólo de la forma en que se presentan y abordan, sino también de la historia de vida de cada una de las participantes y sus necesidades particulares, sin embargo se puede afirmar que con el proceso desarrollado se alcanza sensibilizar a las asistentes sobre la importancia de vivir un envejecimiento activo.

El rol de facilitación del proceso a cargo de la persona profesional en Gerontología es medular para este proceso, porque no sólo brinda un espacio para que las cuidadoras se enfoquen en sí mismas como personas también merecedoras de cuidado y atención, sino que también facilita la obtención y aprehensión de conocimientos e información que les permita manejar y enfrentar de mejor manera los problemas, necesidades e intereses identificados.

CAPITULO VI

Desde La Gerontología

En este último capítulo se reflexiona desde la perspectiva de la estudiante sobre el proceso de envejecimiento, los impactos para la sociedad, y en particular para las familias y las personas cuidadoras de aquellas personas adultas mayores que por diferentes razones requieren de un cuidado directo de manera continua, planteado como uno de los retos ante los cambios sociodemográficos actuales.

6.1. Reflexión de fondo

El aumento de la población adulta mayor en los últimos años, como se ha planteado, no sólo implica la presencia de una serie de cambios a nivel demográfico y económico, que pueden incidir en la vida diaria de cada una de las personas que habitamos este país, este continente y este planeta.

Estos cambios podrían traer consigo una resignificación de lo que teórica y socialmente se ha definido como período de la adultez mayor, dado que no sólo aumentará la cantidad de personas adultas mayores, sino también aumentará la longevidad de éstas, lo que significa redescubrir capacidades y características para este segmento poblacional, así como una nueva organización o denominación para diferenciar a una persona de 68 años de edad de una de 95.

Aunado a esto, el estudio de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se experimentan durante este proceso de envejecimiento podría ampliarse y descubrir una nueva gama de diferencias entre cada una de las décadas vividas durante la vejez.

Sin embargo, estos cambios también demandan a la sociedad cada vez con mayor fuerza una respuesta efectiva y concreta ante las nuevas necesidades de esta población y las de sus familias, pues la presencia de más personas adultas mayores y más longevas revela nuevos retos, como asumir la atención de una persona en la vejez por parte de hijos e hijas que también se encuentran en ese periodo del ciclo vital.

Aunado a ello, al considerarse que los problemas actuales asociados a los estilos de vida no saludable y por consiguiente, la existencia de enfermedades crónicas no transmisibles, van a generar repercusiones a largo plazo en la calidad de vida de las personas, se podría afirmar que además de mayor cantidad de personas adultas mayores y más longevas, aumentará el número de personas en condiciones de dependencia que requieran de familias, comunidades y sociedades mejor organizadas para su atención y cuidado continuo.

Y de manera específica, las familias quienes se han encargado en su mayoría del cuidado de las personas adultas mayores, enfrentan un desafío: crear organizaciones para el cuidado estable a lo largo del tiempo, capaces de atender las necesidades de la persona dependiente, y al mismo tiempo que no generen en las personas cuidadoras problemas de salud (integral) que puedan desencadenar, por ejemplo, condiciones como el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

De ahí el interés por construir una Propuesta de Abordaje Gerontológico con las cuidadoras de personas adultas mayores, que busque brindar las herramientas necesarias no para desempeñar su labor de cuidado (cambio de posiciones, alimentación, cuidados de una persona encamada), sino para propiciar un espacio de Autocuidado que busque garantizar a estas personas -con tan importante labor- un proceso de envejecimiento activo y una adultez mayor de calidad.

Esto porque, además, en su mayoría las personas cuidadoras de la población adulta mayor que requiere cuidado son mujeres, a las cuales por su socialización de género y los mandatos socialmente asignados se les recarga en dicha labor, asumiendo que forma parte de las tareas que –según estos roles de género- le corresponden dentro del ámbito de lo privado y el hogar.

Así, con la Propuesta de Abordaje Gerontológico dirigida a las cuidadoras de las personas adultas mayores dependientes, se pretende que estas mujeres, aunado a prevenir que se presenten síntomas del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada como un factor de protección para la persona atendida, logren también desarrollar herramientas materiales y recursos personales para vivir un proceso de envejecimiento propio activo y saludable, en el cual las prácticas de

Autocuidado se definan como una estrategia más para garantizarse una adultez mayor de calidad.

De esta forma, con la puesta en práctica de la propuesta de abordaje gerontológico, se brinda un espacio a las cuidadoras de personas adultas mayores para reflexionar sobre diferentes aspectos de su cotidianidad, que se han naturalizado producto de la propia dinámica de la vida diaria, y que requieren de un análisis reflexivo tanto individual como grupal para empezar a gestar cambios reales que impacten su proceso de envejecimiento.

A lo largo del desarrollo y análisis de esta propuesta se logra evidenciar cómo las participantes logran sensibilizarse sobre la necesidad de generar espacios propios de Autocuidado, así como también se identifica el aprendizaje de diferentes nociones teóricas como el concepto de socialización de género, la violencia intrafamiliar, la comunicación asertiva, redes de apoyo, alimentación saludable; al incorporarlo dentro de sus relatos y participaciones durante las sesiones grupales.

Durante este proceso de grupo, las personas asistentes logran construir y reconstruir, en conjunto con la facilitadora, las diferentes temáticas abordadas de tal forma que brinden un aporte para modificar o mejorar sus realidades personales y familiares, fortaleciendo y produciendo factores y/o indicadores que propicien un proceso de envejecimiento saludable, desde sus múltiples aristas.

6.2. Enfoque Gerontológico del programa

Ahora bien, este envejecimiento poblacional al que se hace referencia, los retos que implica y las diversas aristas que se pueden analizar, colocan a la Gerontología como un espacio técnico y profesional para empezar a producir conocimiento teórico que permita fundamentar las intervenciones y propuestas que se deseen plantear para profundizar el estudio del proceso de envejecimiento a lo largo del ciclo vital.

Es decir, se presenta una oportunidad para que el accionar Gerontológico trascienda el estudio y la intervención durante la adultez mayor, y se incorporen y

estudien otros momentos del proceso de envejecimiento que por diversas razones han sido obviadas.

Un ejemplo de ello lo constituye esta Propuesta de Abordaje Gerontológico, con la cual se trabaja de manera grupal con un conjunto de mujeres adultas cuidadoras de personas adultas mayores, con la finalidad de prevenir el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada, para garantizar un cuidado de calidad a las personas atendidas, pero que en el proceso de su desarrollo también genera un espacio que propicia que las personas participantes mejoren sus prácticas de autocuidado, para lograr un envejecimiento activo y saludable.

La investigadora considera que un abordaje integral desde la Gerontología - con una fundamentación teórica y metodológica clara, con técnicas y estrategias construidas a partir de las características de la población meta y una participación activa de las participantes, así como de la facilitadora- se logra alcanzar y sobrepasar las expectativas, objetivos y metas establecidas para una propuesta de trabajo como la aquí documentada.

Así, esta intervención integral desde un Enfoque Gerontológico, además de colaborar con la producción de conocimiento teórico y técnico, brinda la posibilidad a las personas participantes, la población meta, de generar cambios en su forma de pensar y consecuentemente en su manera de interactuar con el entorno, la sociedad y sus familias, que devienen en la consecución de un proceso de envejecimiento activo.

El papel de facilitadora de la persona profesional en Gerontología se identifica, de esta manera, como un aspecto clave en el proceso de puesta en práctica de la Propuesta de Abordaje Gerontológico, ya que establece las condiciones necesarias que favorezcan el desarrollo de ese análisis reflexivo y la participación activa de las personas participantes.

6.3. Rol de la gerontóloga en el programa

Como arriba se menciona, las mujeres quienes socialmente han sido asignadas al espacio de lo privado, del hogar y como tareas seleccionadas para

este género se le ha otorgado la responsabilidad de cuidar y atender a la familia, llámese hijos, hijas, cónyuge, hermanos, hermanas, padres, madres, nietos, nietas, o cualquier otra persona que mantenga un vínculo consanguíneo y/o afectivo con la mujer; cuentan con poco tiempo y espacio para la práctica de actividades que les permitan realizarse como personas individuales y particulares.

Y si bien es cierto conforme la sociedad ha ido modificándose, los roles de género también lo han hecho, esto ha generado que las mujeres asuman dobles y triples jornadas de trabajo, algunas remuneradas y otras no, para cumplir con sus múltiples responsabilidades: las de su trabajo, las de su hogar y las de cuidado a sus familiares.

Por tanto el tiempo y las posibilidades de participar en procesos dirigidos exclusivamente para ellas, como población también envejeciente, que necesita desarrollar actividades de autocuidado, es limitado.

Lo anterior representa un reto para el profesional en Gerontología, dado que le demanda la capacidad de abordar una diversidad de temáticas que se complementen e integren entre sí, de una forma clara y concreta, de acuerdo a las características de las personas participantes y considerando las limitaciones en el tiempo que poseen las cuidadoras.

De esta forma, para la ejecución de las sesiones grupales que conforman esta Propuesta como futura profesional Gerontología se interactúa desde las siguientes posiciones o roles:

- 1. El de investigadora:** al construir una fundamentación teórica, metodológica y técnica que sustenta la propuesta, así como con el diagnóstico, el desarrollo de las sesiones y su posterior análisis.
- 2. El de facilitadora:** al brindar un espacio en el cual se puedan construir conocimientos conjuntos direccionados a una temática en común la prevención del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada y el envejecimiento activo.
- 3. El de educadora:** al construir una propuesta de abordaje gerontológico que parte de los principios de la Andragogía, y con el uso de técnicas participativas que propicien la construcción de conocimiento conjunto.

- 4. El de participante:** al involucrarse en el desarrollo y desenlace de las técnicas y actividades propuestas, así como al colaborar con las otras personas profesionales invitadas de Geriátrica, Trabajo Social y Nutrición.

6.4. La labor del gerontólogo y la gerontóloga en la sociedad actual

Los cambios que desde la demografía se han presentado y los retos que ello implica para la sociedad actual, como se ha mencionado, colocan a la Gerontología en una posición estratégica, por su formación, perspectiva y visión de mundo. La cual podría abrir una serie de posibilidades, espacios y alternativas para no sólo generar acciones que respondan a las necesidades de la población envejeciente, sino también construir aún más conocimiento teórico específico que permita fortalecer los procesos de investigación-acción que se desarrollan desde esta especialidad.

De esta forma, una de las labores y tareas que las personas profesionales en Gerontología pueden desarrollar ante las demandas de la sociedad actual, es generar mayores espacios de investigación, con los cuales enriquecer las diversas intervenciones que se pueden desarrollar desde este ámbito.

Aunado a ello, en estos espacios se puede incentivar el acercamiento y estudio a todas las poblaciones envejecientes y sus diversas condiciones de vida, las cuales inciden en su proceso de envejecimiento, y no sólo de la vejez, ello como una estrategia para obtener a futuro personas adultas mayores con mejores condiciones de vida.

Así, la labor de un gerontólogo o gerontóloga en la sociedad actual puede trascender lo aparente e incidir en lo esencial, de tal manera que se logren generar cambios reales y tangibles, desde el espacio de lo cotidiano y particular, con programas y propuestas de abordaje gerontológico como el presente; hasta lo general y universal, con investigaciones fundamentadas que sustenten dichas intervenciones de la realidad.

Finalmente, en esta misma línea de trascender lo aparente el o la profesional en Gerontología cuenta con la capacidad de participar, involucrarse y brindar valiosos aportes en la formulación, ejecución y evaluación de políticas

públicas relacionadas con el proceso de envejecimiento y vejez; como una estrategia para fortalecer a un Estado con los vacíos existentes en temas como: el cuidado y la atención de las personas adultas mayores.

CAPITULO VII

Conclusiones y Recomendaciones

7.1. Conclusiones

A continuación se exponen los principales hallazgos obtenidos a partir de la ejecución de la presente investigación-acción desarrollada como Propuesta de Abordaje Gerontológico con las cuidadoras de personas adultas mayores atendidas en el Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez.

Es importante mencionar que a partir de la revisión bibliográfica realizada para la elaboración de la presente investigación aplicada, se identifica que las temáticas relacionadas con el cuidado de personas adultas mayores en condición de dependencia y las expresiones del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada han sido analizadas teóricamente desde diversas aristas y diferentes enfoques, sin embargo en su mayoría coinciden en que esta labor se realiza desde el ámbito familiar, donde la formación técnica o profesional no predomina; aunado al hecho de que se feminiza este rol y se percibe como parte y extensión de las labores asignadas socialmente a las mujeres dentro de lo doméstico, generando en muchas ocasiones la invisibilización de su condición como seres humanos con necesidades también que satisfacer; identificando así la necesidad de capacitar a estas personas cuidadoras.

Asimismo, en esta revisión se evidencia cómo las redes de apoyo social: la familia, la comunidad y las instituciones, se colocan de esta forma como una de las principales fuentes de soporte para propiciar mejoras en la calidad de vida de las personas adultas mayores cuidadas, así como de las y los cuidadores; y en las situaciones en que éstas son deficientes ambas poblaciones se colocan en condiciones de vulnerabilidad ante la amenaza del desgaste en el cuidado y la insatisfacción de necesidades básicas que generen un deterioro general del estado de salud integral de la persona adulta mayor.

De tal forma que se identifica como una necesidad el desarrollo de intervenciones inter y multidisciplinarias que propicien el empoderamiento y autocuidado de las personas cuidadoras, y la participación activa de la familia en las labores de cuidado.

Por esta razón, se efectúan coordinaciones desde el Servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez con las autoridades correspondientes, para contactar a las posibles participantes y se lleva a cabo un diagnóstico para identificar las principales necesidades e intereses de las cuidadoras de personas adultas mayores, señalándose así la falta de apoyo familiar, los problemas en la comunicación, la ausencia de tiempo para actividades de descanso, recreación o realización personal; aspectos que se convierten en ejes temáticos en el diseño de la presente Propuesta de Abordaje Gerontológico.

Las personas participantes en la ejecución de la Propuesta de Abordaje Gerontológico son mujeres que ocupan un rol de cuidadoras principales de personas adultas mayores en condición de dependencia, cuyas tareas y obligaciones cotidianas les limitan la puesta en práctica de estrategias de Autocuidado; por lo que el espacio grupal construido a partir de la Propuesta les brindó la oportunidad no sólo de aprender sobre su propio envejecimiento, el proceso de socialización de género, la violencia intrafamiliar, las redes sociales de apoyo, la comunicación asertiva, estilos de vida saludables, sino también a generar herramientas para mejorar sus prácticas cotidianas de Autocuidado y por ende su calidad de vida.

Uno de los ejes fundamentales para que la presente Propuesta cumpliera con los objetivos planteados, se encuentra relacionado con la participación de las cuidadoras que formaron parte del proceso grupal, desde el inicio hasta el final de la ejecución de la misma; dado que su disposición, activa participación y colaboración facilitó el aprovechamiento de cada sesión y cada unidad temática.

Cabe destacar que a lo largo del proceso grupal la participación de las cuidadoras se mantuvo activa, desde la primera sesión hasta la última, facilitando el desarrollo de la cohesión grupal y el abordaje de cada una de las unidades temáticas propuestas.

Así, al finalizar la Unidad I *“Envejecimiento y Vejez”* se logra alcanzar el objetivo propuesto, dado que las participantes logran, además de conceptualizar las nociones teóricas, identificarse dentro de su propio proceso de envejecimiento, y deconstruir los mitos y estereotipos que mantenían sobre la adultez mayor.

A partir de la Unidad II "*Socialización de Género*" las cuidadoras señalan con claridad las características que socialmente han sido asignadas a hombres y a mujeres, como roles de género, e identifican cómo ello incide en sus respectivas relaciones familiares, inclusive cómo la Violencia Intrafamiliar se sostiene y reproduce, apoyada en esta distribución de características y poder de acuerdo al sexo biológico de cada persona.

En la Unidad III "El cuidado y la atención de personas adultas mayores" las participantes reconocen que como personas, mujeres y cuidadoras ellas también requieren de apoyo, y que existen diferentes tipos y fuentes de donde éste puede provenir. Logran identificar que en sus situaciones particulares son sus núcleos familiares (con los cuales comparten un hogar) quienes representan sus principales redes y fuentes de apoyo, y que sus familias de origen, la comunidad y las instituciones (gubernamentales o no gubernamentales) ocupan un rol menos protagónico.

En la Unidad IV "Autocuidado" las cuidadoras además de participar activamente en todas las tareas propuestas, indican aprovechar el espacio para adquirir toda aquella información que, por sus limitaciones en el tiempo, no pueden obtener en el diario vivir. Se observa que logran identificarse nuevamente como mujeres con necesidades e intereses específicos, que han relegado por dedicarse a sus labores de cuidado desde diversos espacios, pero que requieren modificaciones para mejorar su proceso de envejecimiento y su calidad de vida.

Cabe mencionar que de las temáticas asociadas a la condición como mujeres (proceso de socialización de género, violencia intrafamiliar), temas que las identifican y asocian, se obtiene una mayor devolución e interacción de conocimientos entre las asistentes, dado que a partir de las experiencias personales de las participantes se facilita el observarse y solidarizarse con la otra, además de enriquecer los aportes teóricos brindados por la investigadora.

Con respecto a la aprehensión de las nociones teóricas abordadas, se observa en los relatos e intervenciones de las participantes a lo largo del proceso grupal, así como en la evaluación final en que se logra incorporar los aspectos básicos sobre cada temática presentada.

Por su parte, la guía planteada para la ejecución de la Propuesta de Abordaje Gerontológico resultó de gran utilidad, pues permite avanzar de una temática a otra de forma fluida, donde la retroalimentación e interrelación constante de las mismas, facilita que las participantes aprehendan las nociones teóricas básicas establecidas como objetivos para cada unidad temática.

La metodología y técnicas utilizadas en la Propuesta de Abordaje Gerontológico desde el enfoque de investigación-acción propiciaron que las personas participantes ocuparan un papel protagónico en la construcción de conocimiento; facilitó el desarrollo de la cohesión grupal y permitió la construcción de una dinámica grupal de confianza y respeto entre las participantes y la facilitadora.

Asimismo, es importante destacar que el paradigma materialista-histórico dialéctico, el enfoque cualitativo y la metodología de la investigación-acción, que fundamentan la presente Propuesta, se constituyen en pieza clave para que los resultados obtenidos sean los aquí descritos; dado que no sólo facilitaron el acercamiento a la realidad desde la posición y perspectiva de quien la vive, sino que también brindaron herramientas para abordar su cotidianidad y generar modificaciones de acuerdo a sus particularidades y condiciones específicas de vida.

Durante el proceso grupal el rol de gerontóloga de la investigadora se enfocó en la facilitación de todos los espacios necesarios para que las cuidadoras cuenten con las herramientas necesarias para colocarse como personas envejecientes, que merecen y requieren de la puesta en práctica de técnicas de Autocuidado que les garanticen un envejecimiento integral saludable.

La investigadora, en su rol de gerontóloga durante la ejecución de la Propuesta de Abordaje Gerontológico propició el desarrollo de análisis reflexivos orientados a motivar la participación de las cuidadoras, para la construcción de un conocimiento colectivo.

De esta forma, se concluye también que la principal labor de un o una profesional en Gerontología, en una Propuesta de Abordaje Gerontológico como la realizada en esta investigación-acción, se puede afirmar es acercarse, conocer,

estudiar y analizar la realidad y la cotidianidad tanto de la población que se encuentra envejeciendo, como de las personas adultas mayores, con la finalidad de producir conocimiento teórico que le permita generar propuestas de intervención que respondan no sólo a un interés particular, sino a necesidades reales y sentidas, que logren trascender lo superficial para comprender la esencia de esa realidad.

Al finalizar la ejecución de esta Propuesta la investigadora alcanza satisfacción personal y profesional por la labor cumplida, por los objetivos logrados y por la retroalimentación brindada por las cuidadoras participantes que se muestran agradecidas por haber sido parte de la misma, que según sus palabras se convirtió en una oportunidad de crecimiento personal.

7.2. Recomendaciones

A continuación se exponen algunas de las principales recomendaciones que surgen a partir de la ejecución de la presente investigación-acción, desarrollada mediante una Propuesta de Abordaje Gerontológico con las cuidadoras principales de personas adultas mayores en condición de dependencia, para prevenir que se presente el Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

La reproducción de intervenciones como la propuesta en la presente investigación-acción se considera una necesidad ante las nuevas demandas de la población envejeciente y adulta mayor, por lo que se recomienda que se continúen realizando procesos de investigación-acción en los que se aborde de manera integral, no sólo a las cuidadoras principales sino también a las familias, que representan la principal fuente de apoyo para las personas que requieren de algún tipo de cuidado y/o atención de manera continua, con el fin de fortalecer y empoderar a las redes sociales de apoyo de estas poblaciones, como una manera también de evitar la institucionalización en recursos de cuidado de larga estancia.

Se recomienda que en dichos procesos se consideren los temas incluidos en las Unidades temáticas desarrolladas en esta Propuesta de Abordaje

Gerontológico como ejes transversales, y se agreguen todas aquellas otras que la población demande como necesarias.

Aunado a ello, se recomienda reproducir experiencias como la desarrollada en esta Propuesta de Abordaje Gerontológico desde diferentes espacios e instancias, no sólo desde los servicios de salud integral que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social en sus tres niveles de atención, sino también desde organizaciones gubernamentales o no gubernamentales que laboren con la población adulta mayor y sus familias, como Centros Diurnos o Redes de Cuido a la Persona Adulta Mayor.

A las participantes y a todas las cuidadoras informales principales de personas adultas mayores, se les recomienda reconocerse como seres humanos también, con necesidades e intereses, merecedoras de satisfacerlas de manera plena, con la finalidad de cumplir con sus tareas y responsabilidades, pero que encuentren a su vez un espacio donde puedan poner en práctica actividades de Autocuidado que mejore su calidad de vida y su propio proceso de envejecimiento.

Asimismo, se recomienda a las personas cuidadoras principales de personas adultas mayores establecer límites personales a sus familias y familiares atendidos(as), de acuerdo a la legislación vigente en nuestro país, con la finalidad de mejorar la calidad de su salud mental y prevenir la aparición de indicadores del Síndrome de la Persona Cuidadora Cansada.

A la Maestría Profesional en Gerontología se le recomienda fortalecer los procesos de investigación-acción dirigidos a la intervención con las poblaciones envejecientes, como una forma de garantizar una futura población adulta mayor empoderada, proactiva y capaz de generar cambios en sus propias realidades a partir de las herramientas que profesionales en Gerontología puedan facilitarles, desde los diversos escenarios que una especialidad como ésta pueda ocupar.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, A. (2002). *Las políticas públicas como perspectiva de análisis*. Revista de Ciencias Sociales, N° 97, 95-103. San José, Costa Rica.
- Aldana, G. y García, L. (2011). *La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica*. AQUICHAN, VOL. 11 N° 2. Colombia
- Asesina, L.; Batthyány, K.; y Brunet, N. (2007). *Género y Cuidados Familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo?* Informe Final de investigación, Proyecto de Investigación I+D, CSIC UDELAR, UNFPA Uruguay. Recuperado de http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/210_pdf.pdf
- Ballester, D.; Juvinyà, D.; Brugada, N.; Doltra, J.; Domingo, A. (2013). *Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental*. Revista Presencia 2(4), España. Recuperado de <http://dugi-doc.udg.edu:8080/bitstream/handle/10256/9007/CambiosCuidadores.pdf?sequence=1>
- Benavides, M.; Paternina, Á.; Suárez, M.; Villanueva, C. (2012). *Impacto biopsicosocial en cuidadores con familiares en estado crónico dependiente, Cartagena 2013*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Corporación Universitaria Rafael Núñez, Colombia. Recuperada de <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/623/TESIS%20IMPACTO%20BIOPSICOSOCIAL%20EN%20CUIDADORES.pdf?sequence=1>
- Bernete, F. (2013). *Análisis de Contenido*. En Conocer lo social: estrategias y técnicas de construcción y análisis de datos. Madrid. Recuperado en: <http://eprints.ucm.es/24160/1/Bernete%20%282013b%29.pdf>
- Blanco, M. y Salazar, M. (2010). *Envejecimiento y desarrollo personal y social: ¿la actividad como paradigma incuestionable?* Ponencia del III Congreso Internacional de Gerontología. San José, Costa Rica.

- Bogantes Rojas, J. (2008). *Violencia Doméstica*. Medicina Legal de Costa Rica, vol 25 (2). Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial, Costa Rica. Recuperado de: www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v25n2/3739.pdf
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2006). *Funciones de Trabajo Social por nivel de atención*. Gerencia Médica, Dirección Gestión Regional y Red de Servicios de Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2013). *Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro Políticas 2013-2016*. San José, Costa Rica. Recuperado en: <http://www.ccss.sa.cr>
- Camacho, J.; Pardo, M. (1994). *Etnografía, Epistemología y Cuajidad*. Revista Reflexiones Vol. 27, N° 1. Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Costa Rica - San José, Costa Rica. Recuperado en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/10754/10147>
- Canga, A.; Naval, C.; y Vivar, C. (2011). *Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar*. Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra Vol. 34. N°3, Pamplona, España. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300012>.
- Caraballo, R. (2007). *La Andragogía en la Educación Superior. Investigación y Postgrado*. Vol.22, No. 2. Recuperado en: <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/revinpost/article/viewFile/678/245>
- Carrasco, M.; González, M. (2006). *Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos*. Acción psicológica, 4(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3440/344030758001/>
- Carreño, S. (2012). *Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica*. Tesis para optar al título de Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado al Paciente crónico. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. Recuperado en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8564/1/539688.2012.pdf>
- Castro, R.; Solórzano, H.; Vega, E. (2009). *Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de su familia en la localidad de Fontibón: Bogotá D.C.* Trabajo de grado para optar

por el título de Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
Recuperada de
<https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis19.pdf>

Centro Centroamericano de Población. (2014). Censo de Población 2011.
Recuperado en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Chaves, M.; Retana, A.; y Soto, M. (2011). *Guía didáctica sobre el cuidado básico de la persona adulta mayor con síndrome de inmovilización grado I o II, dirigida a cuidadores y cuidadoras, de abril del año 2010 a abril del año 2011*. Informe Final de Práctica Dirigida para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.

Cisterna, F. (2005). *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. Revista Theoria Vol 14 (1).
Recuperada en:
<http://fespinoz.mayo.uson.mx/categorizacion%20y%20trinagulacio%C3%B3n.pdf>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2006). *Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor: 2006-2012*. San José, Costa Rica.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2011). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021*. CONAPAM, San José. Costa Rica.
Recuperado en: <http://www.conapam.go.cr>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). *Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores: Informe sobre implementación del programa año 2012*. CONAPAM, San José. Costa Rica. Recuperado en: <http://www.conapam.go.cr>

Cubillo, K. (2014). *Información sobre Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez*. Registros y Estadísticas en Salud.

- Cuéllar, I.; y Sánchez, M. (2012). *Adaptación Psicológica en Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes*. Clínica y salud Vol. 23, n.º 2. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5093/cl2012a9>
- Del Solar, N. (2006). *Necesidad de la educación Andragógica y Gerontológica en la formación profesional del docente peruano*. Revista del Instituto de Investigación Educativa, 10(17), 43-50. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/6823>
- Diez, J.; Fernández-Ballesteros, R.; López, D.; Molina, M.; Montero, P.; Schettini, R.; Zamarrón, M. (2012). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. Revista Psicothema Vol 22, N°4. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Domínguez, M.; Sotelo, T.: y Vera, J. (2006). *Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80270205>.
- Faleiros, V. (2000). *“Las funciones de la política social en el capitalismo”*. En Borgianni, E y Montañó, C. La Política Social Hoy. Editora Cortez. Brasil.
- Félix, A.; Aguilar, R.; Martínez, M.; Ávila, H.; Vázquez, L.; Gutiérrez, G. (2012). *Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género*. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>
- Fernández, A y Martínez, R. (2010). *Árbol de problema y áreas de Intervención*. CAPAL. Monterrey-México. Edición. Recuperado en: <http://files.planetavivo7.webnode.es/200000041-d45b1d555d/Arbolproblemasyobjetivos.pdf>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Psicología de la Vejez*. Recuperado en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono1/Articulos/articulo3.pdf>
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío*. UNFPA. Recuperado de www.unfpa.org
- García, M. (2010). Los estereotipos de género y su transmisión a través del proceso de socialización. In Investigaciones actuales de las mujeres y del

- género (pp. 239-252). Universidad de Santiago de Compostela, Serv. de Publ. e Intercambio Científico. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=gi-LwPJvnLcC&oi=fnd&pg=PA239&dq=cambios+en+la+socializacion+de+genero+en+la+actualidad&ots=Ux6dNm_Hlw&sig=txq3WRv9r-jemHUPcN7IAbW33do#v=onepage&q=cambios%20en%20la%20socializacion%20de%20genero%20en%20la%20actualidad&f=false
- González De Gago, J. (2010). *Teorías de Envejecimiento*. Tribuna del Investigador, Vol. 11, N° 1-2, 42-46. Recuperado de: 190.169.94.12/ojs/index.php/rev_ti/article/download/3192/3057
- Guardia de Viggiano, N. (2009). *Lenguaje y comunicación*. Colección Pedagógica Formación Inicial de Docentes Centroamericanos de Educación Básica; n. 25. 1ª. ed. - San José, C.R. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan040441.pdf>
- Guzmán, J.; Huenchuan, S.; Montes de Oca, V. (2009). *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. Recuperado en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/redes.pdf>
- Hernández, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill, México.
- Hidalgo, J. (1993). *Hacia una Gerontología Social Crítica*. Revista Reflexiones. Recuperado en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/download/10583/9974>
- Hidalgo, J. (2009). *El envejecimiento: aspectos sociales*. 1 ed. Editorial UCR, Costa Rica.
- Jara, O. (1994). *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica*. Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA. San José, Costa Rica.
- La Parra, D.; y Masanet, E. (2011). *Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras*. Revista Especializada Salud Pública N°3. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n3/04_original2.pdf

- La Parra, D.; y Masanet, E. (2009). *Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras*. En: "Diversidad de género, clase social y etnia en la atención a la dependencia. Las personas cuidadoras y dependientes". Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23380/1/2009_Masanet_LaParra_RES.pdf
- Lahera, E. (2004). *Política y Políticas Públicas*. Serie de Políticas Sociales N° 95. Santiago: CEPAL. Recuperado en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/19485/sps95_lcl2176p.pdf
- Lahera, E. (s.f.). *Economía Política de las Políticas Públicas*. Recuperado en: <http://www.ejournal.unam.mx/ecu/ecunam2/ecunam0204.pdf>
- Lamas, M. (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*. Cuicuilco, vol. 7, núm. 18. Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Lefebvre, H. (1975) *Lógica Formal; Lógica Dialéctica*. Siglo veintiuno editores S.A, México.
- Ley 17 Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (1943). Recuperado de: <https://costarica.eregulations.org/media/ley%20constitutiva%20de%20la%20caja%20costarricense%20de%20seguro%20social.pdf>
- Ley 7586 contra la Violencia Domestica. (1996). Recuperado de: www.poder-judicial.go.cr/accesoalajusticia/index.php/legislacion-ninnos%3Fdownload%3D737:ley-7586+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=cr
- LLibre, J, Guerra, M, & Perera, E. (2008a). Comportamiento del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(1), 0-0. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n1/rhcm08108.pdf>
- LLibre, J, Guerra, M, & Perera, E. (2008b). Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1), 0-0. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n1/mgi05108.pdf>

- López, M. y Calvo, M. (2008). *Análisis histórico-crítico de las contradicciones de la política social en materia de salud y las necesidades de la población indígena: el caso de Quitirrisí*. Trabajo Final de Graduación para obtener el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio. San Pedro.
- Lozano, A. (2008). *Introducción a la Gerontología*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM Vol. 51 No. 2.
- Mansilla, M. (2000). *Etapas del desarrollo humano*. Revista de investigación en Psicología, 3(2), 105-116. Recuperado en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf
- Martínez, Á. I. (2006). *Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos*. Revista complutense de educación, 16(2), 601-619. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0505220601A/15990>
- Méndez, N. (2002). *La acción socioeducativa y la investigación acción en la democratización de la vida cotidiana*. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica. Recuperado en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000111.pdf>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2010). *Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 "María Teresa Obregón Zamora"*. San José, Costa Rica.
- Montaño, C. (2000). *"La política social: espacio de inserción laboral y objeto de reflexión del Servicio Social"*. En Borgianni, E. y Montaño, C. La Política Social Hoy. Editora Cortez. Brasil.
- Morris, M. (2010). *Identificación de los determinantes sociales de la alimentación en un grupo de familias pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 de la localidad de Fontibón*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis563.pdf>

- Murillo, H. y Segura, S. (2007). *Proyecto: Estilos de Vida Saludables en el Adulto/a Mayor*. Caja Costarricense de Seguro Social. Clínica Dr. Carlos Durán Cartín. Área de Salud Zapote-Catedral. San José, Costa Rica.
- Obando, P.; Rodríguez, M.; Villegas, K. (2009). *Construcción de una estrategia de intervención desde Trabajo Social, a partir de la situación social de las y los cuidadores de Personas Adultas Mayores (en condición de dependencia), en el Área Rural del cantón de San Ramón, Alajuela*. Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Sede de Occidente, Universidad de Costa Rica. San Ramón, Alajuela.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Revista Especializada Geriatría y Gerontología, 37(S2), 74-105. Recuperado en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/doci ntenvejecimiento.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *“El envejecimiento: ¿cómo superar mitos?”*. Oficina Regional de la OMS.
- Ortega, P.; Mínguez, R. y Rodes, M. (2001). *Autoestima: un nuevo concepto y su medida*. Universidad de Murcia. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. BIBLID [(1130-3743) 12, 2000, 45-66]. Recuperado de: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71882/1/Autoestima_un_nuevo _conceptoysu_medida.pdf
- Osorio, P. (2006). *Abordaje antropológico del envejecimiento y el alargamiento de la vida*. Ponencia del I Congreso Internacional sobre Gerontología: Vivir para siempre. Recuperado en: http://www.facso.uchile.cl/observa/12_oct_alargamiento.pdf
- Pastorini, A. (2000). *“¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites de la categoría “concesión-conquista”*. En Borgiani, E. y Montaña, C. La Política Social Hoy. Editora Cortez. Brasil.
- Pérez, G. (1998). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. Capítulo IV: análisis de los datos cualitativos: El método de análisis de contenido*. Editorial Le Muralla. S.S. Madrid.

- Pérez, M. (2008). Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), 0-0. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300009
- Pinazo, S. y Sánchez, M. (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. España: Pearson Educación S.A.
- Quirós, E. (2002). El impacto de la violencia intrafamiliar: Transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. Ministerio de Salud. Dirección Servicios de Salud, Costa Rica. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a17.pdf>
- Regueyra, M. (2002). *Trazando Líneas: La Elaboración del Plan de Investigación Acción*. Revista Reflexiones Vol. 81, N° 1. Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Costa Rica - San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11309>
- Robles, M. (2007). *Capacitación sobre el proceso del envejecimiento con énfasis en el uso creativo del tiempo libre dirigido al personal profesional y voluntario del Hogar San Francisco de Asís para Adultos(as) mayores con enfermedades crónicas y terminales: agosto-octubre 2006*. Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en enfermería con énfasis en salud mental y psiquiatría. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Rojas, M. (2007). *Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot*. Revista Avances en Enfermería, Volumen XXV, N°1, Colombia. Recuperado de <http://168.176.160.42/index.php/avenferm/article/viewFile/35899/36914>
- Salazar, J. (2007). *Programa socioeducativo sobre la lectura y la escritura como proceso de crecimiento personal y gerotrascendencia en personas adultas mayores beneficiarias del régimen de invalidez, vejez y muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Tesis para optar por el grado de Magíster

- en gerontología. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado. San José, Costa Rica.
- Sánchez, C. (2010). *Compromiso Social de la Gerontología con el Envejecimiento de las Personas*. III Congreso Internacional de Gerontología, San José, Costa Rica.
- Servicio de Trabajo Social. (2014). *Protocolo de Inducción para profesionales que inician en el Servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Max Peralta Jiménez*. Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, Cartago.
- Sevilla, K. (2010). *La intervención gerontológica con personas cuidadoras de personas adultas mayores*. Revista Anales en Gerontología N°6. Recuperado de <http://www.latindex.ucr.ac.cr/geronto-06/geronto-6-08.pdf>.
- Shutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS. Recuperado de: http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf
- Steele, H. (2010). *Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009*. Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado de la Especialidad de Psiquiatría para optar por el grado de especialista. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica. Recuperado en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20.pdf>
- Ugalde, T. (2007). *Programa de Entrenamiento Gerontológico para Cuidadores(as) de Personas Adultas Mayores del Centro Diurno La Casa Sol, Escazú*. Trabajo Final de Investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología para optar por el grado de Magíster en Gerontología. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.
- Van der Hofstadt Román, C. J. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7ldQbFzhRBkC&oi=fnd&pg=PR15&dq=estilos+de+comunicaci%C3%B3n+agresivo&ots=7fpwRW5LLB&sig=NDdCmfD0jv-zGjuCw3Y9eUtwbG0#v=onepage&q=estilos%20de%20comunicaci%C3%B3n%20agresivo&f=false>

Villegas, J. C. S. (2006). *La mujer construida: Comunicación e identidad femenina*.

MAD-Eduforma.

Recuperado

de:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HLFEqZpTa20C&oi=fnd&pg=PA9&dq=definicion+de+identidad+en+la+mujer&ots=zeUE51vW-&sig=ZoCl8LF4Svq5tQloFSXfbgqeE8l#v=onepage&q=definicion%20de%20identidad%20en%20la%20mujer&f=false>

Zetina, M. (1999). *Conceptualización del proceso de envejecimiento*. Papeles de Población, Vol. 5, N° 19. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>

ANEXOS

Anexo N° 2. Diario de Campo

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras
cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

Diario de Campo

Fecha:	Hora:
Proyecto:	
Actividad Programada:	
Desarrollo de la actividad:	
Observaciones:	
Estudiante:	

Anexo N° 3. Plan de Sesión Diagnóstica

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras
cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

Plan de sesión para el diagnóstico

Objetivo: Identificar y priorizar las necesidades, problemas e intereses de las personas cuidadoras asistentes.

Actividades:

1. Saludo y Bienvenida (5 min).
2. Presentación de la estudiante Marcia Leiva, responsable (5 min).
3. Introducción de la actividad a desarrollar (5 min).
4. Lectura y firma de consentimiento informado (10 min).
5. Técnica de presentación: Fósforo (Nombre, edad, lugar de residencia, a quien cuida o brinda apoyo) (30 min). En tanto cada persona se presenta se deberá escribir el nombre de la persona en respectivo gafete y entregarlo.
6. Lluvia de ideas: problemas, necesidades e intereses de cada persona desde su posición personal así como cuidadoras (30 min; 10 min para escribirlos y 20 min para pegarlos y explicar al grupo).
7. Técnica relajación: "Masaje colectivo" (10 min).
8. Árbol de problemas: a partir de los problemas priorizados se tomará el principal problema para analizarlo mediante esta técnica, se le solicitará a las personas participantes que identifiquen las causas y consecuencias de dicho problema. (30 min).
9. Refrigerio.

Materiales:

1. Gafetes.
2. Gasillas.
3. Fósforos.
4. Papelógrafo y tarjetas para la lluvia de ideas.
5. Lápices.
6. Marcadores.
7. Papelógrafo para la construcción del árbol de problemas

Instrumentos para registro del diagnóstico:

1. Para sistematizar lluvia de ideas

Problemas	Ejes	Temáticas
Necesidades	Ejes	Temáticas
Intereses	Ejes	Temáticas

2. Para priorizar problemas, necesidades e intereses

Ejes temáticos	Prioridad
1.	
2.	
3.	

3. Crónica de la actividad

Fecha:	Hora:
Proyecto:	
Actividad Programada:	N° Participantes:
Objetivo:	
Desarrollo de la Actividad:	
Observaciones:	
Responsable:	Firma:

4. Registro de asistencia

GRUPO DE CUIDADORAS DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

Fecha: _____ Hora: De: _____ A: _____

Actividad: _____

Responsable: _____

Nombre	N° de identificación	Domicilio	Teléfono	Firma

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Anexo N° 4. Consentimiento Informado



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Centro de Desarrollo Estratégico e Información
en Salud y Seguridad Social
Área de Bioética
Subárea de Bioética en Investigación
Teléfono: (506)519-3044
www.cendeiss.sa.cr



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE PARA EFECTOS DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: “ABORDAJE GERONTOLÓGICO PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE LAS PERSONAS CUIDADORAS CANSADAS DIRIGIDA A CUIDADORAS DE PERSONAS ADULTAS MAYORES. HOSPITAL DR. MAXIMILIANO PERALTA JIMÉNEZ 2014-2015”

Investigadora principal: Marcia Leiva Chacón

Centro Asistencial y Servicio: Hospital Dr. Max Peralta, Servicio de Trabajo Social.

Teléfono disponible 24 horas: 89942267

Este documento que usted está empezando a leer se llama Consentimiento Informado, mediante éste documento se le está invitando a usted para que consienta su participación en un diagnóstico de necesidades e intereses dirigido a cuidadoras de personas adultas mayores y en un proceso grupal construido a partir de los resultados del diagnóstico, desarrollado por parte de la Persona Responsable de esta Investigación.

Este documento es entregado a usted con el propósito de explicarle en qué consiste esta investigación. Léalo con cuidado y pregunte todo lo que desee antes de firmarlo, si así lo desea. Sus preguntas o dudas relacionadas con esta Investigación van a ser contestadas por parte de la persona responsable, además de ello, usted recibirá una copia de este documento de consentimiento informado.

Esta investigación pretende desarrollar un proceso grupal con cuidadoras de personas adultas mayores sobre la Prevención del Síndrome de la Persona Cuidadora, se espera que las participantes logren obtener conocimientos para mejorar su calidad de vida y su proceso de envejecimiento.

Se le invita a usted a participar dado que desde el Servicio de Trabajo Social se abordó su situación familiar particular. Aproximadamente serán quince cuidadoras las que participarán en las sesiones grupales, dado que también cuentan con atenciones en este Servicio.

Su consentimiento en caso de que lo exprese es para participar en el diagnóstico y sesiones grupales posteriores a llevar a cabo. Su decisión de no consentir su participación, no afectará sus derechos o los de sus familiares como asegurados(as) de la Caja Costarricense de Seguro Social. Si usted decide participar en este proceso grupal

para efectos de esta investigación, es libre de cambiar de opinión y puede retirar dicha autorización en el momento que así lo quiera.

Usted o sus familiares no recibirán ningún beneficio económico por la participación en este proceso grupal, sin embargo, con su participación puede permitirle obtener conocimientos nuevos para mejorar su calidad de vida y su proceso de envejecimiento.

El que usted consienta su participación no representará ningún costo para usted, además es importante que sepa que no es permitido el pago a los (as) participantes, por el sólo hecho de formar parte de esta Investigación.

Si durante la realización del diagnóstico o las sesiones grupales usted tiene alguna pregunta o inquietud es importante que sepa que puede llamar a Marcia Leiva Chacón al teléfono 89942267.

El Investigador y el Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) del Hospital Dr. Max Peralta de Cartago, mantendrán los registros relacionados con este Estudio de manera privada hasta donde la Ley lo permita. Sin embargo, puede que la información de este Estudio se publique en Revistas Médicas o Científicas o que los Datos sean presentados en Congresos o Conferencias. De ser así, nunca se utilizará su nombre, ni se utilizará ninguna otra información por medio de la cual pueda ser identificada personalmente.

Yo he leído (o alguien ha leído para mí) la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido, voluntariamente, firmar este documento para participar en el diagnóstico y sesiones grupales construidas a partir de los resultados del primero.

Nombre de la Cuidadora Cédula Firma Fecha Hora

Yo he explicado personalmente el estudio de investigación a la persona y he respondido a todas sus preguntas. Creo que ella entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente participar en el diagnóstico y sesiones grupales propuestos para efectos de esta investigación.

Nombre de la investigadora Cédula Firma Fecha Hora a.m. / p.m.

Persona que obtiene el consentimiento

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras
cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.*

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Nombre de la Investigadora: Marcia Leiva Chacón

Nombre del participante _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: El presente trabajo está siendo realizado por la estudiante **Marcia Leiva Chacón** de la Maestría de Gerontología de la Universidad de Costa Rica, con el interés de desarrollar un “Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores. Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015”. Para ello se realizará unas preguntas que permitan conocer qué temas son de su interés así como el desarrollo de sesiones educativas.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y forma parte del proyecto mencionado anteriormente, usted decide si desea participar en todos los componentes o prefiere hacerlo sólo en algunos de ellos, cualquiera que sea su decisión, usted puede cambiar de idea más adelante y dejar de participar en el proyecto.

Como parte de este estudio, se le hará sesiones de trabajo

A. DURACIÓN Y COMPROMISOS

Será de 3 meses y usted se compromete a asistir y a participar. Por parte de la investigadora a sistematizar y devolver la información obtenida.

B. RIESGOS:

Su participación no corre riesgos

C. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, usted podrá participar de las sesiones educativas programas y, podrá aprender y construir nuevos

conocimientos para mejorar su calidad de vida y su proceso de envejecimiento.

Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención que requiere.

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Marcia Leiva Chacón y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al Programa de Posgrado en Gerontología al teléfono 25114773. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto
fecha

Nombre, cédula y firma del testigo
fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO.
149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.CELM-Form.Consent-Inform 06-08

Anexo N° 5. Lluvia de ideas

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Objetivo: Enlistar las principales ideas sobre los problemas, necesidades e intereses destacados por las personas asistentes durante la sesión de diagnóstico.

Lluvia de ideas

Lluvia de ideas			
N°	Problemas	Necesidades	Intereses
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Anexo N° 6. Árbol de Problemas

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA

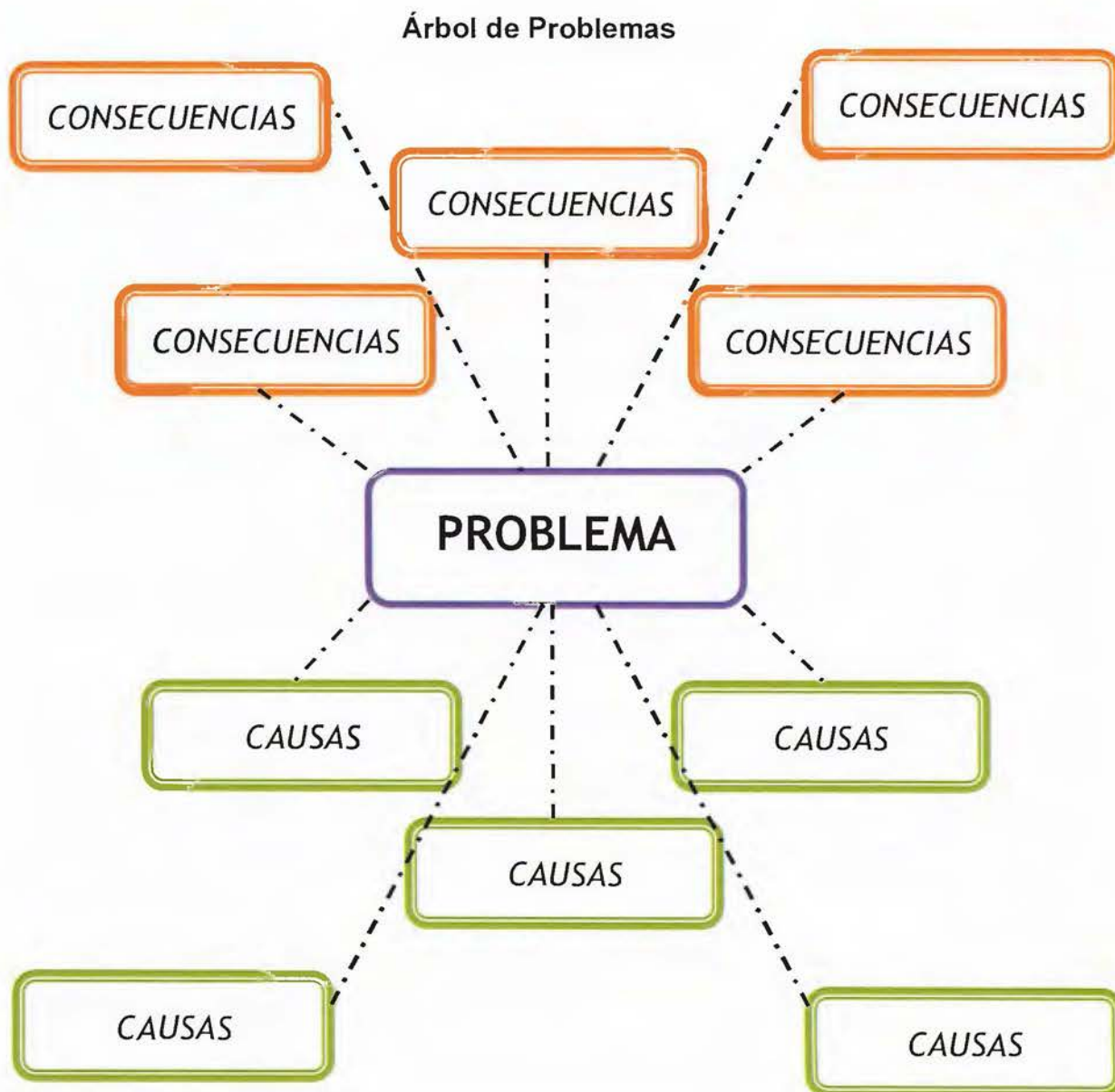


UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.



Anexo N°7. Guía de Observación Participante

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Objetivo: Enlistar las principales aspectos observados sobre los indicadores definidos durante la realización de la sesión de diagnóstico y sesiones grupales propuestas.

Guía de Observación

Observación	
Indicadores a observar	Aspectos observados
Interacción entre las participantes	
Lenguaje no verbal	
Participación en las actividades programadas	
Estilos de comunicación	
Colaboración entre las participantes	

Anexo N°8. Historia de Personas Adultas Mayores

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

Objetivo: Reflexionar sobre las historias de vida de personas adultas mayores, para reforzar el concepto de proceso de envejecimiento y vejez desde la Teoría de la Continuidad.

HISTORIA DE VIDA N°1: LUIS Y MARÍA

Desde hace un mes María, una mujer de 65 años, no come más que helados y gaseosas, su intención es dejarse morir. Tiene cerca de 30 años de vivir con Luis, un hombre de 70 años, quien debido a su mal carácter y egoísmo poco a poco se ha alejado de su familia y amigos más cercanos.

Durante su adultez Luis y María llevaron una vida poco estable, sin un hogar fijo, sin trabajo, viviendo el día a día; ellos dos eran su mundo y a nadie más le permitían involucrarse.

Cuando Luis descubrió lo que sucedía con su compañera decidió buscar ayuda, pero encontró muchas dificultades, ya que no sólo con su familia tenía problemas, inclusive con sus vecinos, quienes ya se habían enterado de la condición de salud de María.

Una de las soluciones era llevar a su pareja al centro de salud más cercano y solicitar se le atendiera, la otra era intentar que un hogar para personas adultas mayores la recibiera para que pudiera recibir los cuidados que necesitaba ahora que había tomado la determinación de morir. Sin embargo, ambas opciones representaban un problema: separarse de María y ya no podría obtener beneficios que hasta el momento conseguía con la comunidad.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

Objetivo: Reflexionar sobre las historias de vida de personas adultas mayores, para reforzar el concepto de proceso de envejecimiento y vejez desde la Teoría de la Continuidad.

HISTORIA DE VIDA N°2: ANA

Ana es una adulta mayor de 76 años, fue docente de educación primaria, se casó y se divorció, en su matrimonio tuvo una hija: Ligia.

Desde pequeña Ana vivió violencia en su hogar, su padre era alcohólico y agredía a su mamá todos los días, por esta razón ella creció pensando: "nunca nadie me maltratará".

Cuando se casó su esposo y ella tuvieron problemas con el consumo de licor, por lo que la violencia formó parte de su vida nuevamente.

Su hija Ligia representaba la única razón por la cual se mantenía junto a su esposo, por lo que la niña se convirtió en su principal blanco de agresiones verbales y físicas.

Actualmente, Ana debe utilizar una silla de ruedas, ya que tuvo una caída y se fracturó la cadera y una pierna, es difícil que vuelva a caminar y esto ha obligado a Ligia a atender a su mamá, inclusive pagarle una persona para que la atienda durante el tiempo que ella trabaja.

En estas últimas semanas Ligia le comentó a una amiga que ya no desea cuidar a su madre, que se encuentra cansada, porque su madre no deja de agredirla tanto a ella como a sus hijos, es decir a los nietos de Ana.



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

Objetivo: Reflexionar sobre las historias de vida de personas adultas mayores, para reforzar el concepto de proceso de envejecimiento y vejez desde la Teoría de la Continuidad.

HISTORIA DE VIDA N°3: EDUARDO

Eduardo amaneció esta mañana en el cuarto que alquila sintiéndose mal, decide llamar a su vecino para que le ayude, ya que no tiene ningún familiar cercano que pueda ayudarlo.

Eduardo tiene 69 años, hace 30 años dejó la casa en la que vivía con su esposa y nueve hijos, y desde ese momento no tiene contacto con ninguno de estos.

Afirma que su carácter es difícil y que su familia no es buena, lo han dejado abandonado. Sin embargo, Eduardo no menciona que durante el tiempo que vivió con su familia agredía a su esposa y a sus hijos e hijas.

Cuando tuvo que dejar la vivienda que compartía con su familia fue debido a que se reveló un secreto que llevaba cerca de 14 años oculto, él abusaba sexualmente de sus hijas y una de ellas había quedado embarazada.

Pese a esta historia, su vecino le ha intentado ayudar de muchas maneras para que pueda ingresar a un hogar y sea atendido como necesita, pero Eduardo se mantiene negativo y señala que desea continuar viviendo solo a pesar del deterioro de su salud física y mental.

Anexo N°9. Reglas construidas por el grupo

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Lo permitido

- ✚ Respeto
- ✚ Confianza
- ✚ Comprensión
- ✚ Armonía
- ✚ Unidad
- ✚ Apoyo
- ✚ Comunicación
- ✚ Compartir
- ✚ Igualdad

Lo no permitido

- ✚ Interrupciones
- ✚ Confrontamientos
- ✚ Desinterés
- ✚ Uso del celular
- ✚ Burlarse
- ✚ Comentar lo escuchado en el grupo

Anexo N°10. Figuras de Hombre y Mujer

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



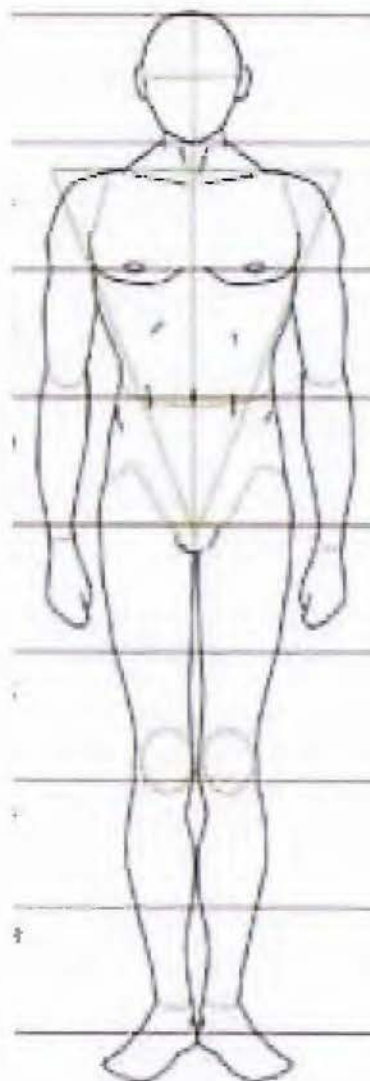
Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Objetivo: Identificar las características físicas que diferencian a cada sexo

Instrucciones: Enlistar cada una de las características físicas que diferencian a un hombre de una mujer, de acuerdo a cada una de las siguientes figuras.

Características físicas



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

Objetivo: Identificar los comportamientos y roles asignados socialmente a hombres y mujeres.

Instrucciones: Enlistar cada uno de los comportamientos y roles que socialmente son "propios" de las mujeres y los hombres.

Comportamiento



Anexo N°11. Frases: Sexo y Género

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Instrucciones: Colocar en el lugar asignado para ello, cada una de las frases de acuerdo a si corresponden con el concepto de género o sexo.

Objetivo: Evaluar la comprensión de la diferencia entre los conceptos de sexo y género.

Los niños y niñas deben estar con sus madres	La menstruación inicia cerca de los 12 años
Las niñas traen instinto maternal	La voz de los hombres se hace más grave en la adolescencia
Los niños protegen a sus hermanos y hermanas menores	A algunas mujeres le duelen los senos cuando se aproxima la menstruación
Los hombres no lloran	Los hombres tienen más fuerza física
Las mujeres prefieren permanecer en su casa que salir a trabajar	Las mujeres tienen caderas grandes
Los hombres salen con sus amigos, las mujeres prefieren quedarse en la casa con sus hijos e hijas	Las mujeres tienen vulva y vagina
Las hijas cuidan a su padre y madre cuando están enfermos	Los hombres tienen pene y testículos
Los hijos ayudan económicamente a sus padres	Los hijos e hijas ayudan en las labores de la casa
Las mujeres cocinan mejor	A los hombres les gusta usar ropa oscura

Anexo N°12. Material educativo

Mitos y estereotipos

Mal carácter: "cascarrabias", hay personas que son así a lo largo de su vida y con el paso de los años, esos mismos rasgos de personalidad se mantienen y refuerzan.

Aislamiento social: si se da en la vejez, no es por encontrarse en esa etapa o tener una determinada edad, sino por otras causas que dependen de sus historias de vida, las situaciones y condiciones específicas de cada momento y cómo se manejan en ellas.

Pérdida de Sexualidad: la sexualidad es una condición que permanece toda la vida. Es cierto que puede disminuir su actividad pero se siguen experimentando deseos y ejercitando su función genital.

Depresión: la vejez es una etapa con cierta vulnerabilidad a la depresión por las condiciones de vida que podrían darse (dependencia, enfermedad, pérdidas...). No obstante, existen personas mayores que reflejan un alto grado de bienestar y felicidad.

Improductividad: esta manera de pensar acerca de las personas mayores incentiva el aislamiento laboral y social, afectando directamente a su calidad de vida.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



ASPECTOS
GENERALES

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

ELABORADO POR:
LICDA. MARCIA LEIVA CHACON
TRABAJADORA SOCIAL
EGRESADA MAESTRÍA GERONTOLOGIA



PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento es “(...) *el proceso de vivir (...)*”, es un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, en el que se presentan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social; determinado por el tiempo, el espacio y la historia, es un proceso particular de cada persona.

Es un proceso universal (ya que lo experimentan todas las personas) pero diferenciado que dura toda la vida.



VEJEZ

La adultez mayor es definida como la última etapa del ciclo vital de una persona, donde se conjugan una diversidad de condiciones que se encuentran determinadas por las experiencias previas vividas.

La adultez mayor es parte del proceso de envejecimiento, el cual no sólo es biológico, sino también histórico, social, cultural, político, económico, pues el ser humano se mantiene en constante relación con su entorno.

Los cambios experimentados durante esta etapa de la vida pueden corresponder o no a un momento o edad cronológica determinada, pueden presentarse en un orden o secuencia definida o no, pues las transiciones vividas se desarrollan de manera paulatina y particular, es decir, de manera única en ser humano.

En todos los momentos de la vida la niñez, la adolescencia, la adultez y la adultez mayor se pueden identificar pérdidas y ganancias de habilidades y capacidades.

Cada persona puede experimentar cambios generales durante la etapa de la adultez mayor, sin embargo la forma en que dichos cambios se enfrentan y se viven dependerá de las condiciones particulares de vida de cada uno y una.

Mitos y estereotipos

Más comunes:

Enfermedad o deterioro físico: parece que el llegar a cierta edad está condicionado a la enfermedad, las dolencias y el principio de la dependencia. El estado de salud de una persona está marcado por sus hábitos, estilo de vida, genética, condiciones sociales y emocionales...

Deterioro intelectual y sensorial: es común el pensamiento de que todas las personas mayores con el tiempo pierden capacidades mentales y sensoriales, pero no es cierto que todas las personas a partir de una determinada edad tengan esos déficits. Las personas mayores tienen capacidad de aprender a lo largo de toda su vida.



No se recomienda ser asertivo(a):

- ⇒ Cuando la integridad física puede verse afectada.
- ⇒ Cuando se puede lastimar innecesariamente a una persona.
- ⇒ Cuando haya un costo social significativo.

Principio fundamental aceptar que:

“SOY VALIOSO(A)”

“En tanto esté vivo soy valioso per se, sin razones ni motivos, no por lo que haga o haya dejado de hacer; tampoco por lo que tenga o haya tenido alguna vez. Mi valía personal radica en mi existencia, no en mis logros. Mis éxitos o fracasos no pueden medir mi valor esencial como ser humano, simplemente porque soy más que eso. (...) Soy mucho más que mis errores. Soy humano, muy humano, demasiado humano, diría Nietzsche”

Walter Riso



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



MAESTRÍA EN
GERONTOLOGÍA
UCR

ELABORADO POR:

MARCIA LEIVA CHACON

Comunicación Asertiva



¿La asertividad?

Cuando intentamos transmitir un mensaje a las demás personas interfieren muchos factores externos al proceso de comunicación, pero también internos.

Uno de esos factores internos es el estilo de comunicación que posee cada persona, el cual se desarrolla a lo largo del proceso vital y envejecimiento.



Se pueden identificar tres estilos de comunicación principalmente:

Agresivo (a)

Es una persona que defiende en exceso los derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los de los demás.

Se observa que actúa defendiéndose al sentirse excesivamente vulnerables ante los "ataques" de los(as) demás o bien es una falta de habilidad para afrontar situaciones tensas.

"Sólo yo importo. Lo que tú pienses o sientas no me interesa"

Pasivo (a)

Es una persona que no defiende los derechos e intereses personales; respeta a los (as) demás, pero no a sí mismo(a).

Se considera a sí mismo(a) como "sacrificadas": "Lo que yo sienta, piense o desee, no importa, importa lo que tú sientas, pienses o desees"



La asertividad por su parte....

Es una habilidad social, mediante la cual se autoafirman los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás.

Una persona es asertiva cuando es capaz de ejercer y/o defender sus derechos personales; por lo que se facilita la expresión de emociones y pensamientos.

Su principal objetivo es alcanzar la dignidad personal.



El apoyo puede venir de...

De fuentes:

Informales: como la familia, los(as) amigos(as) y la comunidad



Formales: principalmente el Estado por medio de las instituciones y comunidad.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

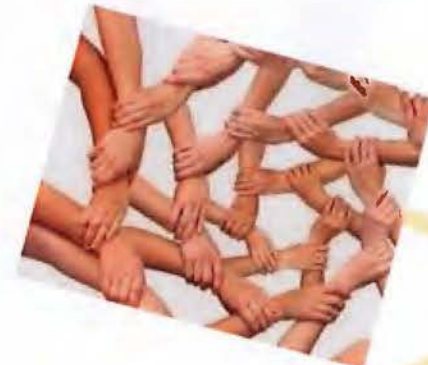


MAestría EN GERONTOLOGÍA UCR

ELABORADO POR:

MARCIA LEIVA CHAGON

REDES SOCIALES Y TIPOS DE APOYO



REDES SOCIALES

Las redes sociales son el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno, y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. Para evitar el deterioro que podría producirse cuando se presentan dificultades, crisis o conflictos.

Las redes sociales pueden estar basadas en:

Contacto personales: la relación que mantenemos con individuos separados.



Contactos grupales: la relación que mantenemos con grupos, agrupaciones y/o organizaciones de las cuales forma parte.



Apoyo social:

Es toda aquellas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación.

Es decir un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

El apoyo que se recibe puede ser:

Material: como recursos materiales y dinero (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios).



Instrumental:

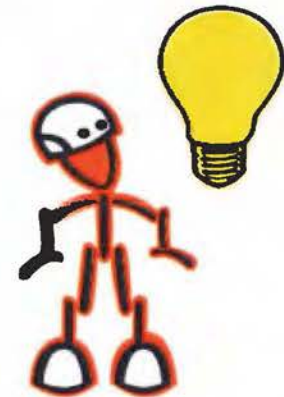
por ejemplo mediante el transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y acompañamiento.



Emocional: consiste en cariño, confianza, empatía, reconocimiento, escucha, visitas periódicas caricias, etc.



Cognitivo: corresponde al intercambio de experiencias, transmisión de información (significado), dar consejos que permiten entender una situación, etc.



Pero no debe seguir así...

Si bien la realidad nos muestra día a día que estos roles se siguen reproduciendo, desde nuestra cotidianidad podemos ir modificando poco a poco cada uno de estos patrones, y reconocer que es necesario promover la igualdad de condiciones, derechos y deberes entre los hombres y las mujeres.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



MAESTRÍA EN
GERONTOLOGÍA
UCR

ELABORADO POR:
MARCIA LEIVA CHACON

SOCIALIZACION DE GÉNERO



Socialización de género

Mediante diferentes normas y principios las personas aprenden comportamientos masculinos o femeninos según sea su sexo, de tal manera que responden a las expectativas sociales.

A partir de este aprendizaje se interioriza por parte de los hombres y mujeres la división de tareas en función del sexo y se construyen los roles de género.

De acuerdo a la socialización de género:

Las mujeres deben ser:

- ⇒ Coquetas, presumidas.
- ⇒ Serviciales, atentas.
- ⇒ Emotivas, emocionales.
- ⇒ Habladoras.
- ⇒ Sensibles, afectivas.
- ⇒ Cuidadosas, delicadas.
- ⇒ Discretas, prudentes.
- ⇒ Dependientes.

Y los hombres deben ser:

- ⇒ Estables, firmes.
- ⇒ Seguros, aventureros.
- ⇒ Ambiciosos.
- ⇒ Independientes.
- ⇒ Racionales.
- ⇒ Cabeza de familia.
- ⇒ Realistas, hábiles.
- ⇒ Agresivos.



Algunas de las medidas de protección que se pueden brindar mediante la Ley de Violencia Domestica

- Ordenar a la presunta persona agresora que salga inmediatamente del domicilio común y limitarla a un área distante al de la presunta persona agredida.
- Ordenar el allanamiento del domicilio, pudiendo procederse a cualquier hora cuando se arriesgue gravemente la integridad física, sexual, patrimonial o psicológica de cualquiera de sus habitantes.
- Se podrá suspender provisionalmente a la presunta persona agresora el ejercicio de la guarda, crianza y educación de sus hijos e hijas menores de edad.
- Suspenderle provisionalmente a la presunta persona agresora el derecho de visitar a los hijos e hijas menores de edad.
- Prohibirle a la presunta persona agresora que agrede, perturbe o intimide a cualquier integrante del grupo familiar de la presunta víctima de violencia doméstica.
- Fijar una obligación alimentaria provisional en favor de la presunta víctima y de los demás dependientes que corresponda.
- Ordenar a la presunta persona agresora la reparación en dinero efectivo de los daños y perjuicios ocasionados a la persona agredida o a los bienes que le sean indispensables para continuar su vida normal.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



MAESTRÍA EN
GERONTOLOGÍA
UCR

**ELABORADO POR:
MARCIA LEIVA CHACON**

Violencia Intrafamiliar



La violencia y sus manifestaciones

La violencia intrafamiliar es toda acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra una persona con la cual se mantiene un vínculo de parentesco que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial.

La violencia se comporta de manera cíclica y paulatina, por lo que sus manifestaciones son múltiples y nunca se presentan solas.

Se pueden identificar las principales formas de violencia:

Psicológica o emocional: que es la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

Física: que comprende toda acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona.

Sexual: es toda acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

Patrimonial: corresponde a toda acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades.

Existen diferentes alternativas para enfrentar y finalizar el ciclo de la violencia:

- ⇒ Contarle a un(a) familiar, médico(a), personal de salud, una persona de confianza.
- ⇒ Acercarse al Juzgado de Violencia Doméstica u Oficina de la Mujer más cercana.
- ⇒ Llamar al 911 y solicitar que le contacten con personeros de la línea telefónica del INAMU
- ⇒ Ingresar a www.inamu.go.cr



Anexo N°13 Lectura “Ella y los hombres”

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

ELLA Y LOS HOMBRES

Cuando ella tenía cinco años se enamoró de un hombre que se reía y la abrazaba muy, muy fuerte, que la subía sobre sus hombros y le mostraba el mundo desde ahí arriba. Ella pensó que ese hombre era como una montaña y que las montañas no se mueren nunca y que son el sitio más maravilloso del mundo para mirar.

Cuando ella tenía quince años se enamoró de un joven que tenía una frente muy, muy amplia y que la tomaba de la mano para conducirla y le decía que el mundo estaba mal hecho y que había que cambiarlo. Ella pensó que ese joven era como una espada y que las espadas no mueren nunca y que son el objeto más maravilloso del mundo para cambiar la vida.

Cuando ella tenía veinticinco años se enamoró de un hombre que tenía una voz muy, muy potente y que le hablaba de lo mucho que sabía y que le decía que el mundo era un lugar para reproducir la savia y la sabiduría. Ella pensó que ese hombre era como un mar y que los mares no se mueren nunca y que son el medio más maravilloso del mundo para reproducir la vida.

Cuando ella tenía treinta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía un brazo muy, muy firme y que la empujaba casi, subiendo interminables escaleras y que le decía que el mundo era un lugar que había que conquistar peldaño a peldaño. Ella pensó que ese hombre era como un viento y que los vientos no se mueren nunca y que son el aire más maravilloso del mundo para respirar la vida.

Cuando ella tenía cuarenta y cinco se enamoró de un hombre que tenía un pecho muy, muy sólido y que le ofrecía descansar allí su cabeza y le decía que el mundo era un lugar al que había que enfrentarse con serenidad. Ella pensó que ese hombre era como una roca y que las rocas no se mueren nunca y son la materia más maravillosa del mundo para resistir la vida.

Cuando ella tenía cincuenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía unos ojos muy, muy claros y que le invitaba a mirar lo que él veía y decía que el mundo era un enigma que había que descifrar. Ella pensó que ese hombre era como un libro y que los libros no se mueren nunca y que son la fórmula más maravillosa del mundo para comprender la vida.

Cuando ella tenía sesenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía un oído muy, muy fino y que la escuchaba con mucha atención y que le decía que el mundo era un lugar por el que había que pasar para llegar a la verdadera vida. Ella pensó que ese hombre era como una melodía y que las melodías no se mueren nunca y que son la música más maravillosa del mundo para sentir la vida.

Cuando ella tenía setenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía piernas muy ágiles y que la impulsaba a caminar todavía y le decía que el mundo era un lugar que había que recorrer a paso humano. Ella pensó que ese hombre era como un camino y que los caminos no se mueren nunca y que son el recurso más maravilloso del mundo para andar por la vida.

Cuando ella tenía ochenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía memoria muy rica y que le decía que el mundo era un lugar en el que ella había estado y al que volverían. Ella pensó que ese hombre era como un Dios y que los dioses no se mueren nunca y que son la idea más maravillosa para dar sentido a la vida.

Cuando ella tenía noventa y cinco años conoció a un hombre que apenas veía, a penas oía, casi no caminaba, tenía pocas fuerzas, rara vez hablaba, y no siempre que algo era gracioso se reía. Ese hombre que no se parecía a una montaña ni a una espada, que no era como el mar ni como el viento, que no le recordaba a las rocas ni a los caminos, que nada decía que sonara como un libro o como una melodía; ese hombre que era nada más que un hombre le preguntó quién era ella. **“Y ELLA DESCUBRIÓ QUE NO LO SABÍA”.**

Tomado de Garda, R. (2006). Manual de Técnicas para la sensibilización sobre la Violencia de Género y Masculinidad en la Comunidad.

Anexo N°14. Ciclo de la Violencia Intrafamiliar

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Objetivo: Explicar la forma en que se comporta la Violencia Intrafamiliar.



Anexo N° 15. Juego de mesa tamaño real

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

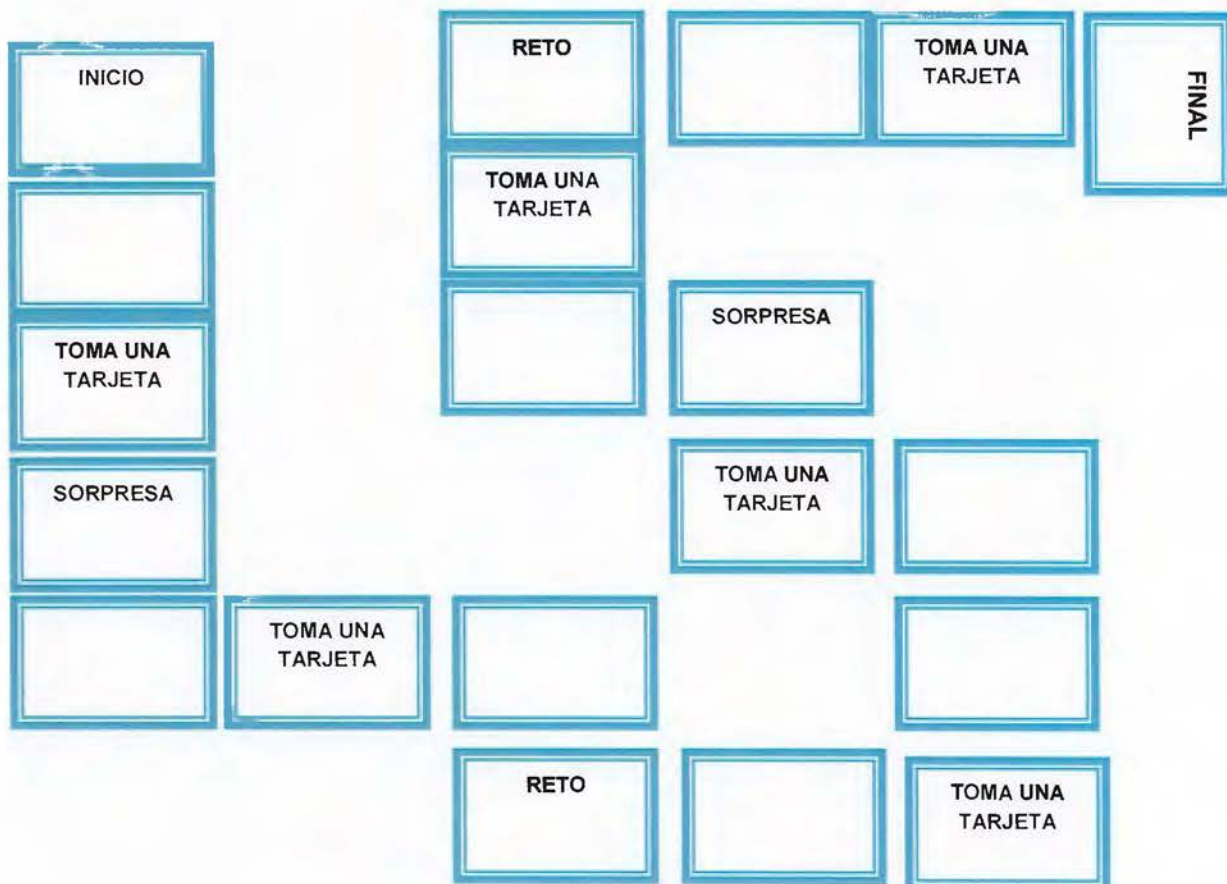


Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Objetivo: Identificar el concepto de apoyo, redes sociales, tipos y fuentes de apoyo que una persona puede recibir de forma lúdica.

Mesa de juego



Tarjetas del juego

Apoyos sociales

Transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Es decir un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

Tipos de apoyo social

Apoyo emocional: cariño, confianza, empatía, reconocimiento, escucha, visitas periódicas, caricias, etc.

"(...) existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la significación que tienen para las personas mayores las redes de apoyo para su calidad de vida, no solamente por las mejorías de las condiciones objetivas a través de la provisión de apoyos materiales como instrumentales; sino también por el impacto significativo del apoyo en el ámbito emocional. (...)"

Tipos de apoyo social

Apoyo instrumental: transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y acompañamiento.

Tipos de redes sociales

Redes basadas en contactos personales: cada persona se relaciona con individuos separados.

Tipos de apoyo social

Apoyo material: recursos materiales y dinero (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios).

Redes sociales

Conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. Para evitar el deterioro que podría producirse cuando se presentan dificultades, crisis o conflictos.

Tipos de redes sociales

Redes basadas en contactos grupales: la persona se relaciona con personas de grupos estructurados en torno a agrupaciones y/o organizaciones de las cuales forma parte.

Tipos de apoyo social

Apoyo cognitivo: intercambio de experiencias, transmisión de información (significado), dar consejos que permiten entender una situación, etc.

RETO

Permanecer en pie en una sola pierna y brincar en un pie en el próximo turno.

Fuentes de apoyo social

Informal: familia, amigos y comunidad.

RETO

Comerse tres marmelos al mismo tiempo.

Fuentes de apoyo social

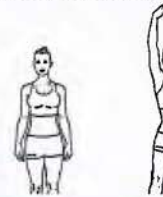
Formal: Estado por medio de las instituciones y comunidad.

RETO

Hacer un resumen sobre la información vista hasta el momento.

RETO

Hacer tres saltos de tijera



Anexo N°16. Técnica: “Y tú qué harías?”

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

Objetivo: Identificar los estilos de comunicación y resolución de conflictos de las personas participantes ante diferentes situaciones de la vida cotidiana.

Instrucciones: Responder el cuestionario de forma honesta con respecto a la forma que usted actuaría ante las diferentes situaciones que se le plantean.

Y TÚ QUÉ HARÍAS?

Ante las situaciones que se exponen a continuación..... ¿Tú qué harías?

1.- Estamos en una excursión. Después de comer hay un montón de desperdicios, papeles, plásticos,..... ¿Tú qué harías?

2.- Después de comer en una excursión se indica que hay que limpiar la zona. Varias personas están recogiendo los restos que quedaron por el suelo, pero algunos se hacen los graciosos riéndose y haciendo burlas a los que trabajan. ¿Tú qué harías?

3.- Vas por la calle con dos amigas. Se cruzan con una persona que tiene un defecto físico. Una de tus amigas empieza a hacer “chistes”, y a burlarse de ella imitando su defecto..... ¿Tú qué harías?

4- Estás en el trabajo. Una compañera no tiene bocadillo porque se le hizo tarde y vino sin desayunar. ¿Tú qué harías?

Anexo N°18. Técnica: La Tortuga, El Dragón y La Persona

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Objetivo: Identificar las características de cada estilo de comunicación abordado.

Instrucciones: Señalar en cada subgrupo las características que identifican a cada estilo de comunicación asignado.

FICHA TORTUGA, DRAGÓN Y PERSONA. Señala con una cruz el estilo que concuerda con la frase. Alguna frase pueden concordar en más de un estilo.

	TORTUGA (PASIVO)	DRAGÓN (AGRESIVO)	PERSONA (ASERTIVO)
No le importan las opiniones de los demás.			
No sabe decir que no.			
Escucha a los demás con respeto.			
Dice sus opiniones respetando a los demás.			
Se deja influenciar.			
No le importa hacer daño a los demás.			
Puede insultar, amenazar y humillar.			
No tiene miedo de decir lo que piensa.			
Le asusta lo que los demás puedan pensar.			
Sabe decir que no a algo sin sentirse culpable.			
Tiene en cuenta las opiniones y sentimientos de los demás.			
Actúa con seguridad y firmeza.			
Raramente hace lo que quiere.			
Se mete con los demás cuando no le parece bien su opinión.			
Trata de manipular a los otros.			
Suelen ser inseguros.			
Nunca deciden en un grupo.			
Imponen sus opiniones y sus decisiones.			
Escucha y acepta otras opiniones.			
Consigue que los demás le tengan miedo.			
Consigue que los demás le respeten y escuchen.			
Los demás no le tienen en cuenta.			

Anexo N°19. Test estilo de conducta

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.

Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.

Objetivo: Identificar el estilo de comunicación que predomina en las personas participantes.

Instrucciones: Responda con sinceridad cada uno de los ítems.

Test estilo de conducta:

Responder con sinceridad, no existen respuestas incorrectas:

- 1.- En tus conversaciones con los(as) amigos(as)...
 - a) Les cuento muy pocas cosas.
 - b) Soy súper comunicador(a), expreso directamente lo que siento.
 - c) Impongo casi siempre mis puntos de vista.
- 2.- Si alguien me critica, yo...
 - a) Pienso que siempre tienen razón. Yo soy el que falla
 - b) Estudio bien la crítica, la aceptaré o la rechazaré, según.
 - c) ¿Quién me critica a mí? ¡Qué se atrevan!
- 3.- En las relaciones con los demás suelen existir problemas. Yo lo que hago es...
 - a) Bueno, no hago mucho, los demás lo solucionarán y, si no, me agunto.
 - b) Sí que suelo aceptar ideas.
 - c) Con una amenaza lo resuelvo rápidamente.
4. Yo pienso de mí mismo(a) que...
 - a) Psss. Fallo en muchas cosas, soy un desastre.
 - b) Mis habilidades para relacionarme con los demás son de notable alto. Me veo bien.
 - c) Me pongo un 10. Soy fenomenal, no fallo en nada. Me veo a mí mismo(a) superior.
- 5.- ¿Cómo funciona tu "coco"?
 - a) Tengo muchos pensamientos que me bajan la moral.

- b) Me defiendo bien.
 - c) Yo no pienso.
- 6.- En mi equipo o mi grupo, yo...
- a) Participo más bien poco.
 - b) Creo que soy un buen elemento,
 - c) Yo soy el equipo, sin mí no funcionaría.
- 7.- ¿Y con las personas del otro sexo? ¿Qué tal te va?
- a) Me da mucha vergüenza. Soy bastante reservado(a) para dirigirme a un hombre (mujer)
 - b) No lo hago más
 - c) Eso a mí no me afecta. No tengo ningún problema. Consigo lo que quiero.
- 8.- Cuando hablas con los demás. ¿Haces uso de gestos apropiados?
- a) A veces suelo mirar a los ojos de quien me habla.
 - b) Sí
 - c) De todos los gestos, los adecuados y otros que yo me sé.
- 9.- Un compañero(a) va muy "a la moda", te encanta su "ropaje", entonces tú...
- a) Me callo, no digo nada
 - b) Le digo alguna cosita agradable
 - c) Le digo que va horrible (aunque no sea verdad)
- 10.- Cuando alguien viola mis derechos, yo...
- a) Me aguanto
 - b) Le expreso mis quejas directamente pero con educación
 - c) Pobre de quien se atreva

Revisión

* Si las respuestas son principalmente de la clase a) tu conducta es pasiva. Te debes espabilar, tú tienes tus derechos, tú eres muy valioso(a), tú eres muy importante. ¡Métetelo en la cabeza y practica habilidades sociales!

* Si las respuestas son del tipo b) funcionas asertivamente, es decir, expresas directamente lo que sientes, necesitas, opinas... No obstante, puedes perfeccionar tus habilidades

* Si tus respuestas son mayoritariamente del tipo c), tu estilo es agresivo. Este no es el camino para ser hábil socialmente. No se trata de avasallar, imponer, aplastar, salirte siempre con la tuya. Reflexiona y piensa que los derechos de los demás también existen. Es el momento de aprender habilidades sociales.

Anexo N°20. Guía para organizar y pensar la conducta asertiva.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

EPÍLOGO: Una guía para organizar y “pensar” la conducta asertiva

El esquema funciona como un árbol de toma de decisiones que permite reflexionar sobre cada aspecto de la asertividad.

1. ¿La situación provocadora que me impulsa a ser asertivo(a) es real o es producto de mi prevención o imaginación?

Se debe estar seguro(a) de que no haya fallos en la percepción. La persona que aparentemente ha violado sus derechos puede haberlo hecho sin intención o debido a una desafortunada equivocación. No se trata de excusar el comportamiento agresivo o abusivo sino asegurarse si verdaderamente existió el enfrentamiento.

2. ¿Qué siento y cómo me siento?

Lo que usted siente es de suma importancia, no lo subestime ni lo distorsione.

3. ¿Es vital para mí responder a esta situación?

Se debe cuestionar si se siente vulnerado(a) en algún principio fundamental y si realmente se justifica desde el punto de vista ético actuar asertivamente. ¿Es vital ser asertivo(a) o puedo dejar pasar el hecho sin sentirme violentado(a)? ¿Estoy respondiendo a una provocación insustancial e insignificante o se trata de algo verdaderamente importante para mí? Hasta qué punto, en esta situación específica (siendo lo más objetivo posible, sin autoengañarse y tratando de no dejarse influenciar demasiado por sus paradigmas), es vital, imprescindible, básico, no negociable o valiosos ser asertivo(a).

4. ¿Cuál es mi meta?

Si usted no tiene claro hacia a dónde apunta y qué espera lograr con la asertividad, su comportamiento perderá fuerza y dirección. El objetivo principal de la asertividad no es tanto cambiar el comportamiento del otro(a), aunque si se logra mejor, como fortalecer la autoestima y autoafirmarse. Afortunadamente, el cumplimiento de esta meta sólo depende de usted.

5. ¿Qué consecuencias negativas espero?

Consecuencias negativas externas: Agresión física o verbal, manipulación por culpa (chantaje y control emocional), interrupción, retirada de afecto, perder un amigo(a) (si se pierde por ser honesto(a) no lo era), consecuencias sociales o laborales, no lograr la meta, y así. Consecuencias negativas internas: Sentir culpa o lástima por herir los sentimientos de alguien, sentirse ridículo, sentirse ansioso, castigarse verbalmente, arrepentirse, etc.

6. La ejecución del comportamiento

Ahora hay que estructurar el contenido verbal del mensaje asertivo. Lo que usted va a decir o, lo que es lo mismo, la meta expresada en forma verbal. Puede escribirlo, leerlo en voz alta, pararse frente al espejo y ensayar. No importa que al principio sea mecánico y muy racional (está aprendiendo), con el tiempo se volverá espontáneo.

7. Autoevaluación

Después de ejecutar la conducta asertiva, haga una recopilación de lo que hizo bien lo que hizo mal. Evalúe si la meta se cumplió, considere los puntos débiles y las fortalezas y felicítese por haberlo intentado. El autorrefuerzo garantiza una mejor ejecución la próxima vez.

Walter Riso. Cuestión de Dignidad.

Anexo N°21. Evaluación final del proceso grupal.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



*Abordaje Gerontológico para la prevención del síndrome de las personas cuidadoras cansadas dirigida a cuidadoras de personas adultas mayores.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez 2014-2015.*

Objetivo: Evaluar la metodología utilizada en la Propuesta de Abordaje Gerontológico, así como la aprehensión de las nociones teóricas abordadas.

Instrucciones: Responda con sinceridad cada una de las interrogantes que se presentan a continuación, recuerde no hay respuestas correctas o incorrectas.

I. PARTE

<i>Responda según corresponda:</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>Observaciones</i>
<i>El contenido de las sesiones cumplió con sus expectativas</i>			
<i>Las actividades propuestas le motivaron a participar</i>			
<i>Los materiales utilizados fueron de ayuda</i>			
<i>El lugar de reunión fue cómodo y agradable</i>			
<i>Hubo oportunidad para ampliar sus conocimientos</i>			

II. PARTE

2.1. ¿Qué es el envejecimiento?

2.2. ¿Cuáles enfermedades son propias del la vejez?

2.3. ¿Cuál es la diferencia entre género y sexo?

2.4. ¿Cuántos tipos de Violencia Intrafamiliar existen?

2.5. El apoyo puede ser por ejemplo...

2.6. ¿Cuántos tiempos de alimentación se deben realizar en un día?

2.7. Mencione al menos tres tipos de alimentos.

2.8. ¿A que hace referencia el ejemplo del dragón y la tortuga?

III. PARTE

Comentarios, sugerencias, recomendaciones, observaciones: