UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA ESTUDIOS DE POSGRADO

# SIGNIFICADO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTÓN BARVA DE HEREDIA COSTA RICA

**Tesis sometida a la consideración del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología para optar al grado de Magister Scientiae**

NORMA CELINA LAU SANCHEZ

Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio" Costa Rica

1999

## DEDICATORIA

El logro de mi esfuerzo y culminación de este trabajo quiero dedicarlo:

Dios Todopoderoso por su infinita bondad de permitirme hacer de este profesión y de esta investigación un sueño realizado.

Rosa, mi madre querida esa gran mujer que con su ternura, su gran cariño y comprensión, supo imprimir en mi vida la sensibilidad social y el amor al prójimo.

Cruz, persona que es como mi padre por sus sabios consejos, y por su inmensa creatividad, me fortaleció en mis decisiones.

María mi hermana que con su responsabilidad y su abnegada vocación al trabajo es un constante ejemplo vivo para mí. Hermanas y hermanos, cuñados y cuñadas, sobrinas y sobrinos y toda mi familia por sus oraciones y aliento recibido para alcanzar las metas propuestas.

Luckyta, mi amiga, hermana del alma y maestra por su invalorable apoyo incondicional y sus manifestaciones de estímulo e interés durante el proceso de mi formación y del presente trabajo, sin su cooperación y apoyo no hubiera culminado con éxito esta meta alcanzada.

A todas mis amigas peruanas que de una manera u otra me brindaron su apoyo sincero para hacer realidad este anhelo.

A mis amigas costarricenses:
Marielos por ella elegí estudiar en esta Universidad y me ayudó en el proceso de adaptación académica, por su gran acogida en el seno de su familia y haberme hecho sentir como en casa.

Carmencita, Mabell, Daysi, Mireya por su amistad, compañerismo y apoyo brindado de diversas maneras en mis estudios y en la presente investigación.

Roció Jiménez y su familia

En memoria:
De mi padre a quien a pesar de no tenerlo físicamente, siempre sentí su presencia desde el cielo, en todo mi caminar en la vida.

De mi abuelita y abuelito, quienes con su dedicación, cariño, compañía, comprensión, ternura, sencillez y optimismo por la vida, me enseñaron a valorarla.

De Pinita y personas adultas mayores amigas, que con su afecto, amistad, y su testimonio de vida me enseñaron a comprender la necesidad de prepararse para tener una vejez exitosa.

*A TODOS ELLOS: MI CARIÑO*

*POR TODOS ELLOS: TODO*

## AGRADECIMIENTOS

- Mi más profundo agradecimiento, a la M.Sc. Olga Mata Solano Soto, quien con su trayectoria de educadora, su gran paciencia, conocimiento del tema y calidad humana, me ofreció su valiosa asesoría y me impulsó a la finalización del presente trabajo.

- A la Msc. María de los Angeles Ramírez Martínez y la Msc. Sui Moy Li Kam, quienes con la lectura cuidadosa y las oportunas sugerencias, constituyeron un aporte invaluable para la conclusión del presente estudio.

- A la Msc. Flory Stella Bonilla Gamboa, Directora del Programa de Maestría en Gerontología por su apoyo desde que tomé contacto con la Universidad y su estímulo constante.

- A las catedráticas de la Maestría de Gerontología, especialmente a Msc. Lorena Méndez, Msc. Guadalupe Mauricio, Msc. María Luisa Montenegro por su disponibilidad, dedicación y motivación proporcionada para alcanzar mi gran sueño.

- A las autoridades y al personal de la Clínica de Barva por su colaboración y apoyo en la etapa de recolección de datos.

- A las personas adultas mayores y a sus familiares participantes en el estudio por su apertura, disposición, confianza y por hacerme partícipe de su vida cotidiana que hicieron posible la realización de la presente. Mi profundo agradecimiento, mi gratitud y tengan por seguro que les llevare en mi recuerdo y corazón eternamente.

- Mi eterno agradecimiento a Hildita Guerrero Pérez por todo su apoyo y cariño.

A todas muchas GRACIAS.

**HOJA DE APROBACION**

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Magister Scientiae.

| | |
|---|---|
| M.Sc. Dyalá Fandiño Rojas | Representante del Sistema de Estudios Posgrado |
| M.Sc. Olga Marta Solano Soto | Directora de Tesis |
| M.Sc. María de los Angeles Ramírez Martínez | Asesora |
| M.Sc. Sui Moy Li Kam | Asesora |
| M.Sc. Lillyana Picado Espinoza | Representante del Programa de Posgrado en Gerontología |
| Norma Celina Lau Sánchez | Candidata. |

## INDICE


| | Página |
|---|---|
| Dedicatorias | ii |
| Agradecimientos | iii |
| Hoja de Aprobación | iv |
| Indice | v |
| Resumen en Español | vi |
| Lista de Cuadros | vii |
| **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN** | |
| 1.1 Justificación | 3 |
| 1.2 Formulación | 5 |
| 1.3 Objetivos | 7 |
| 1.4 Antecedentes del Autocuidado como objeto de estudio | 8 |
| **CAPÍTULO II: REFERENTE TEÓRICO – PRÁCTICO** | |
| 2.1 Tendencias sociodemográficas del envejecimiento | 17 |
| 2.2 Proceso del envejecimiento | 18 |
| 2.3 Caracterización de la persona adulta mayor | 19 |
| 2.4 Calidad de vida y actividades de la vida diaria | 39 |
| 2.5 Autocuidado | 41 |
| 2.6 El entorno social | 50 |
| 2.7 Promoción de la Salud | 53 |
| 2.8 Andragogía | 56 |
| **CAPÍTULO III: MÉTODO** | |
| 3.1 Tipo de Investigación | 59 |
| 3.2 Sujetos de estudio | 64 |
| 3.3 Estrategia metodológica | 65 |
| **CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN** | |
| 4.1 Caracterización sociodemográficas de la persona adulta mayor en Costa Rica y participante en el estudio | 75 |
| 4.2. Significado y Práctica de Autocuidado | 78 |
| 4.2.1 Significado de autocuidado | 79 |
| 4.2.2 Dimensiones del autocuidado | 83 |
| 4.2.3 Planes de vida de las personas adultas mayores | 127 |
| **CAPÍTULO V: ESTRATEGIAS** | 130 |
| **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** | 133 |
| **BIBLIOGRAFIA** | |
| **APÉNDICE** | |

## RESUMEN

La motivación de realizar la investigación "Significado y Práctica del Autocuidado en Personas Adultas Mayores", tuvo su origen en el convencimiento de las potencialidades del enfoque de desarrollo de la autonomía, autodeterminación y autoresponsabilidad, como principios fundamentales del comportamiento humano para tener una vida digna, plena y saludable. En este sentido, el autocuidado como acciones que se llevan a cabo en la vida cotidiana, es el que va a permitir alcanzar mejor calidad de vida.

Se utilizó el enfoque cualitativo, guiado por el método fenomenológico; y como teoría de análisis el interaccionismo simbólico. El estudio se llevó a cabo en el cantón de Barva – Heredia, Costa Rica durante los meses de marzo - agosto 1999. Los sujetos de estudio fueron cuatro mujeres y cuatro hombres entre 60 a 75 años. La información se recolectó por medio de la observación y entrevista en profundidad. Cabe resaltar que un resultado no planificado ha sido la conformación de una red de apoyo.

El hallazgo principal fue comprobar que existe coherencia entre lo que las personas dicen y lo que hacen en cuanto al significado y las prácticas del autocuidado. La mayoría de los participantes en el estudio responde a la satisfacción de necesidades básicas: biopsicosocial, productiva, cultural, espiritual y sanitaria. Son escasas las actividades relacionadas con la dimensión ecológica y recreativa.



*Palabras Claves:*
Autocuidado Integral
Adulto mayor
Estilos de Vida Saludable
Hábitos de Vida Saludable
Promoción de la Salud

## LISTA DE CUADROS


| | Página |
|---|---|
| Cuadro N°1: Total de población de Costa Rica según sexo | 75 |
| Cuadro N°2: Total de la población mayor de 60 años y más de Costa Rica según sexo | 76 |
| Cuadro N°3: Total de la población mayor de 60 años y más de Costa Rica según zona de residencia | 76 |
| Cuadro N°4: Datos sociodemográficos d las personas adultas Mayores participantes en el estudio | 77 |

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCION

No cabe duda que en nuestros días, los hombres y las mujeres tienen una mayor expectativa de vida que por lo general sobrepasa los 70 años. De manera exponencial se incrementa el número de personas que arrivan a los 60 años; de la misma forma, aumenta la cantidad de años que han de vivir los que cumplan esta edad. Mientras más tiempo vivan, mantener una calidad de vida en la persona que llega a la vejez es uno de los desafíos más urgentes que enfrentan los profesionales gerontólogos, ya que esto dependerá, en gran medida, del autocuidado que cada persona ejerce, dado que el autocuidado le permitirá aprovechar su potencial, generarle confianza en sí mismo y llevar una vida digna y plena (Ayales, 1995).

Culturalmente, la vejez es entendida como sinónimo de enfermedad; esta concepción errónea, hace que las personas que están cerca de los adultos mayores e inclusive ellos mismos, sientan que requiere una serie de cuidados. Esto se ve reforzado por muchos profesionales de la salud, quienes recomiendan el autocuidado pero su énfasis se centra en el autotratamiento, respaldo social en la enfermedad y primeros auxilios en el entorno natural. En esta perspectiva las acciones de autocuidado se quedan en el ámbito conceptual y biomédico. Por ello es importante contrarrestar estos estereotipos que niegan la posibilidad de aprovechar las facultades de la persona adulta mayor para cuidarse a sí mismo dentro de su condición. Como pretenden demostrar Galisky (1998) y Villanueva (1998), al decir que los mayores pueden ser autosuficientes, responsables de sí mismos, poseer la capacidad física y mental necesaria para reaprender e incorporar conductas de autocuidado que fomenten su bienestar integral.

El enfrentamiento que plantean las enfermedades en la vida hace que las personas mayores adquieran algunos conocimientos, habilidades y prácticas básicas de autocuidado. Dichas experiencias en muchos de ellos favorecen una atención integral, que atienda sus necesidades fisiológicas, emocionales, sociales, espirituales, ecológicas, productivas, culturales, recreativas y sanitarias, debido a que los ancianos son un grupo funcional y socialmente vulnerables (Jiménez, 1998).

En Costa Rica se tienen las condiciones para conocer las necesidades de la población adulta mayor, por ser entre otros, geográficamente accesible, existir políticas y programas de

protección y desarrollo dirigidos a esta población, que favorece las oportunidades para realizar estudios que podrían ser la base de los conocimientos gerontológicos, que permitan diseñar y planificar estrategias multidisciplinarias e interdisciplinarias para la intervención preventiva, la promoción el autocuidado como instrumento eficaz para contribuir con la disminución del impacto del proceso del envejecimiento de las personas adultas mayores.

El presente estudio realizado con personas adultas mayores del cantón de Barva-Heredia, en el período de marzo - agosto de 1999, tuvo como propósito investigar el autocuidado explorando su significado y práctica, en la medida como lo están llevando a cabo las personas adultas mayores permitió diseñar líneas estratégicas integrales de intervención para abordar dicha situación, de tal forma que se promueva y/o fortalezca la salud, vida y bienestar de ese sector de la población.

La estructuración del estudio se inicia con el primer capítulo: el planteamiento del problema y definición de objetivos, lo cual orienta el segundo capítulo acerca de la búsqueda de antecedentes teórico prácticos sobre el tema de la gerontología, información relacionada con el autocuidado e investigación cualitativa. En el tercer capítulo, se aborda el método seleccionado para responder a los objetivos propuestos. En el cuarto capítulo se presenta análisis y discusión de resultados. El quinto capítulo incluye la bibliografía revisada y citada. Por último, los anexos.

Se espera que la presente investigación contribuya en las personas adultas mayores con quienes se trabajó directamente, en el sentido de que se hayan empoderado de la importancia del autocuidado integral y lo incorporen a su vida cotidiana. De igual modo, se espera que el entorno social continúe participando en la promoción y mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores. Por otro lado, se prevee que los resultados obtenidos sean incorporados por COOPESIBA R.L. de Barva, en su programa de atención al adulto mayor en la formulación y ejecución de acciones preventivas promocionales de autocuidado integral. Asimismo, se espera que los hallazgos aporten al enriquecimiento de la gerontología, especialmente al desarrollo de procesos de intervención holísticos, multidisciplinarios e interdisciplinarios, dirigidos a promover y mantener la salud, la vida y bienestar de las personas adultas mayores.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

Para la mayoría de las personas adultas mayores la salud constituye una de las principales preocupaciones de su vida, por lo que la enfermedad puede ser una obsesión constante. La probabilidad de sufrir una enfermedad durante la vejez se incrementa, esto se evidencia en los datos de la OPS (1994), según los cuales, en promedio, más del 80% de los mayores padece enfermedades crónicas y acude constantemente a los servicios de salud. En promedio al año, recibe de 10 a 12 atenciones. Asimismo, entre el 5 y el 7% de las personas de esta edad que viven en sus hogares necesitan algún tipo de ayuda en las actividades de la vida diaria, (Lacayo, 1996 y Martínez, 1998). Por ello, harán falta más hogares de ancianos y más camas hospitalarias para atenderlos. Esto generará una alta inversión económica tanto para la familia como para el Estado. El autocuidado como promoción y prevención en el mayor y en el tratamiento de las discapacidades vinculadas con el proceso del envejecimiento, ayudará a disminuir el costo de la atención de este grupo (Lacayo, 1996).

El ejercicio del autocuidado en Costa Rica no ha tomado aún la importancia que requiere; es muy poco lo que se ha estudiado sobre ello y lo que existe está relacionado con un enfoque biomédico, enfatizando en los problemas de salud, sin tomarlo en cuenta como un potencializador para la competencia y habilidad del ser humano, ya que la persona es actor competente, tiene la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. En la práctica las instituciones que trabajan con la persona adulta mayor la mayoría no cuentan con programas integrales, generalmente incluyen algunas actividades como son: recreativas, espirituales, de socialización con personas de su misma edad y desarrollan charlas. Asimismo, cuentan con escaso personal capacitado para brindar educación a la persona adulta mayor sobre como ejercer su autocuidado integral.

Por todo lo anterior, en esta investigación interesa resaltar el autocuidado en las personas adultas mayores como medio para lograr independencia, autoestima y control sobre su cuerpo, tomen decisiones personales para que continúen desarrollando sus propios planes de vida, tengan bienestar y por ende mejor calidad de vida. También se estima importante identificar el significado, experiencia de autocuidado en la cotidianidad y las implicaciones en su bienestar; para que se les motive a ellos, a la familia, la comunidad y al personal de salud a mantener los estilos de vida saludables y sensibilizarlos para que eviten o disminuyan los perjudiciales.

Considerando que el autocuidado varía de acuerdo con los conocimientos, cultura, valores, creencias, hábitos y prácticas que caracterizan las formas de vida del grupo social al que pertenece el individuo, por tanto el autocuidado en la persona adulta mayor se establecerá de acuerdo con esos factores, a su forma individual, con base en su experiencia, sus necesidades, su opinión y sus recursos, respetando creencias, preferencias, particularidades e idiosincrasia, sin intentar cambiar, modificar o alterar su comportamiento ni su sistema de valores; siempre y cuando su conducta no constituya un riesgo para su integridad (Quintero, 1994).

Por otro lado el proceso de aprendizaje de su propio autocuidado está estrechamente vinculado con la motivación. Mientras más importantes, más significativos y aplicables sean los nuevos conocimientos para la vida de la persona adulta mayor, más alta será su motivación y deseo de autocuidarse. Apreciando y valorando su participación en éste. Estas prácticas ayudarán a mejorar su contacto con la realidad, con el presente, con el pasado y con la perspectiva futura, favoreciéndole su convivencia social.

La nueva concepción de la salud plantea la multifactorialidad de los elementos que la determinan, y la complejidad del proceso del envejecimiento en las personas adultas mayores sanas o enfermas. En el ámbito familiar, comunitario e institucional la práctica de este enfoque exige que la atención que se les brinde se realice utilizando criterios de coherencia y continuidad. De allí que es de vital importancia la participación de la familia o de las redes de apoyo para ayudarle a restaurar, solucionar y encauzar sus dificultades de salud y promover el bienestar entre él y su entorno (Gutiérrez, 1994). La capacidad de iniciar y sostener esfuerzos en este campo está en relación con el tipo de autocuidado que se necesita, con las condiciones externas y con los factores internos que afectan la posibilidad de actuar intencionalmente. Por ello, si en determinado momento las personas adultas mayores no son capaces, por sí solos, de cambiar las prácticas viejas o añadir nuevas, es necesario un reaprendizaje.

Para Coppard (1990) las personas adultas mayores que se autocuidan, tienen la posibilidad de atenuar los factores adversos en las áreas que producen experiencias negativas afectando su calidad de vida. Con el autocuidado se puede mejorar las posibilidades de que se adapten e integren a su entorno social, se autorealicen, mantengan sus talentos, metas, esperanzas, sabiduría y creatividad. En este sentido se concibe a la persona adulta mayor, que

se autocuida, como un ser integral, que conoce sobre la salud, bienestar y desarrollo, dichos conocimientos los aplica en todas aquellas acciones y decisiones que realiza para autocuidarse.

Los resultados obtenidos con este estudio generaron una alternativa de educación, para la promoción del autocuidado en la persona adulta mayor participante en el estudio, ya que se llegó a socializar conocimientos y transferir información al respecto, que les permitiera modificar conductas y el mejoramiento de su salud. Además, como se conformó una red de apoyo social entre el grupo a solicitud de ellos, que les ayude a ejercer un mayor control de sí mismos y de su microambiente, intercambiando experiencias y motivándolos a trabajar por su bienestar integral.

El estudio también proporcionó información a las personas adultas mayores, a la familia, a la comunidad, al equipo de salud y a los gerontólogos sobre las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreacional, sanitaria y espiritual de la persona adulta y su autocuidado. Además, facilitó la construcción de estrategias de autocuidado, relacionadas con las necesidades y situaciones más frecuentes que confrontan cotidianamente las personas adultas mayores del cantón Barva, Heredia, con un enfoque más preventivo, donde la persona adulta mayor participe y se responsabilice plenamente por el mantenimiento de sus capacidades, con su familia, comunidad y los profesionales respectivos.

## 1.2 FORMULACIÓN:

Según la carta de Ottawa (1986) la OPS define la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, por tanto, se constituye en el mejor recurso para el progreso personal, económico y social; y se considera una de las dimensiones fundamentales del ser humano. Hasta hace poco, el cuidado de la salud de las personas adultas mayores estaba relacionada con la satisfacción de sus necesidades fisiológicas y el mantenimiento de su salud física. Esta apreciación veía a la persona adulta mayor como sinónimo de enfermedad y discapacidad. Bajo esta visión, se contemplaba la salud y su cuidado como una virtud y propiedad de la juventud, de productividad, de belleza, de automatización y de vitalidad. En consecuencia, las personas adultas mayores eran vistas como improductivas, incapaces, propensas a perder facultades fisiológicas, físicas, sociales, psicológicas e intelectuales. Por lo tanto la práctica del cuidado se

limitaba a la realización de las más elementales tareas de higiene (Gutiérrez, 1990 y Otiniano, 1994).

Actualmente se requiere que la persona adulta mayor juegue un papel más activo en su cuidado, entendiéndose éste como integral, o sea, se vea el individuo como un ser holístico en sus dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreacional, sanitaria y espiritual. Asimismo, se concibe el autocuidado en la persona adulta mayor como el medio que le permitirá desarrollar al máximo su potencial personal y perfeccionar o transformar sus actitudes indispensables para la vida (Gutiérrez, 1994).

En este sentido, el autocuidado incrementa la opción para ejercer mejor control sobre su propia salud y entorno enriqueciendo su vida con un mejor bienestar. Además de lo expresado, el estado de bienestar dependerá de la seguridad, el amor, la pertenencia, la autoestima y la autorrealización que pueda alcanzar la persona adulta mayor por sí misma. Todo ello le permitirá tener la capacidad de pensar por su cuenta, podrá expresar sus experiencias, y dirigirá sus esfuerzos para participar y hacer cosas que son beneficiosas para él y para otros.

En el trabajo con personas adultas mayores, tanto en sus hogares como institucionalizadas, se puede observar que son pocas las que se autocuidan, si lo hacen los cuidados están centrados en el aspecto de su salud física, limitándose las acciones al ámbito recuperativo, más no al preventivo. Todo ello llevó a reflexionar acerca de esta temática y condujo a plantear la siguiente interrogante:

**¿Cuál es el significado y la práctica de autocuidado integral que realizan las personas adultas mayores en el cantón de Barva de Heredia - Costa Rica?**

Para orientar la búsqueda de posibles explicaciones a esta interrogante se formularon las siguientes preguntas:

- ¿Qué significa autocuidarse para la persona adulta mayor del cantón de Barva de Heredia?
- ¿Qué prácticas de autocuidado, en su vida cotidiana, realiza la persona adulta mayor del cantón de Barva de Heredia?

- ¿Qué prácticas de autocuidado de su vida cotidiana que realiza la persona adulta mayor del cantón de Barva de Heredia, se relacionan con el significado que dichas personas tiene del autocuidado?
- ¿Las prácticas de su vida cotidiana que realiza la persona adulta mayor del cantón de Barva de Heredia, corresponden a un autocuidado integral?
- ¿Cuáles son los motivos que llevan la persona adulta mayor, del cantón de Barva de Heredia, a autocuidarse?
- ¿Cómo apoya el entorno social del cantón de Barva de Heredia, para que la persona adulta mayor se autocuide?
- ¿Qué condiciones o adaptaciones ha efectuado el entorno social inmediato de la persona adulta mayor en el cantón de Barva de Heredia, para favorecer su autocuidado integral?.
- ¿Cómo puede estimularse el autocuidado en las personas adultas mayores del cantón de Barva de Heredia?
- ¿Qué factores culturales y educacionales influyen para que la persona adulta mayor, del cantón de Barva de Heredia, se autocuide?

## 1.3 OBJETIVOS:

Este estudio tuvo dos objetivos generales:

N° 1: Estudiar el significado de autocuidado integral de la persona adulta mayor y su coherencia en la práctica del mismo en su vida cotidiana.

De éste se derivaron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar el significado que tiene la persona adulta mayor sobre autocuidado.
- Identificar las prácticas de autocuidado que realizan las personas adultas mayores del Cantón de Barva de Heredia en su vida cotidiana.
- Establecer la relación que existe entre el significado y las prácticas de autocuidado que realiza la persona adulta mayor del Cantón de Barva de Heredia en su vida cotidiana.
- Determinar si las prácticas de autocuidado que realiza la persona adulta mayor del Cantón de Barva de Heredia en su vida cotidiana son integrales.
- Indagar cuáles son los motivos que llevan a la persona adulta mayor del Cantón de Barva de Heredia a autocuidarse.

- Identificar las acciones del entorno social que favorecen el autocuidado integral de la persona adulta mayor del Cantón de Barva de Heredia.
- Identificar las condiciones o adaptaciones que ha efectuado el entorno social inmediato para favorecer el autocuidado integral de la persona adulta mayor del cantón de Barva de Heredia.

Nº 2: Proponer estrategias de autocuidado integral acordes con las necesidades de las personas adultas mayores del Cantón de Barva de Heredia.

De éste se derivaron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las necesidades de un autocuidado integral de las personas adultas mayores del cantón de Barva de Heredia
- Analizar cuáles serían las prioridades de atención de las personas adultas mayores en las áreas del autocuidado integral.
- Identificar las estrategias de autocuidado integral, más viables de acuerdo a las necesidades de las personas adultas mayores del cantón de Barva de Heredia.

## 1.4 ANTECEDENTES DEL AUTOCUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El autocuidado desde su mismo nacimiento en la década de los 50, parte de un importante debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales. Con respecto al debate teórico que sobre el autocuidado se viene dando, desde sus inicios he podido identificar fundamentalmente dos posiciones discrepantes entre sí, la biomédica que define al autocuidado como acciones asociadas al poder y autoridad del médico, quien ordena lo que se tiene que cumplir y el comportamiento de la persona se resume a la observancia plena. El énfasis es en la dimensión biológica por los padecimientos que se tiene. Esta visión presenta el evitar los hábitos nocivos como la panacea para el mantenimiento de la salud.

Por otro lado, en los años 60 debido a la influencia de los movimientos sociales preocupados por los temas de salud y enfermedad, tal es el caso del movimiento feminista, para los cuales el término autocuidado expresaba el deseo de autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina.

Durante los años 70, el autocuidado comenzó a ser conocido por un público más numeroso particularmente en Estados Unidos, gracias a los movimientos que defendían el bienestar y la autoayuda. El éxito de los grupos de autoayuda pavimentó el camino para una visión más positiva de las actividades de las personas en beneficio de su salud e influyó en las consideraciones sobre el autocuidado. Se publicó la revista "autocuidado médico" en ella se subrayaba la importancia de que los lectores fueran actores de su propia salud (Dean, 1996 y Levin , 1998).

A partir de lo anterior, el descubrimiento del autocuidado se asoció a la autoayuda y fue considerado inicialmente como una actividad marginal en los límites del mundo académico. En muchos casos se consideró políticamente sospechoso, ya que suponían un desafío para la dominación médica. A mediados del año 70, surgió un vivo debate acerca de las diferencias entre autocuidado y autoayuda considerando a esta última como más política que la primera.

El autocuidado, como concepto más integral ha cobrado auge en los últimos años a raíz de la prioridad asignada a este aspecto dentro de la estrategia de atención primaria, la cual declara "que hay que proporcionar a los individuos y a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre ella" (OMS, 1983: 102).

En la Primera Reunión Oficial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en 1979 Kiev, Rusia se propone por primera vez dar solución a los problemas de la vejez mediante la investigación y la puesta en marcha de programas más adecuados, entre los cuales incluyen el autocuidado (como detección temprana de problemas y enfermedades) y la educación (respecto a patologías asociadas con el proceso del envejecimiento).

En tal sentido las acciones alrededor del autocuidado de las personas mayores se fundamentan en que ellos, al conocer sus padecimientos, colaborarán más con los profesionales que los atienden. Es en esta ocasión que se toma conciencia sobre la importancia del autocuidado en personas adultas mayores a raíz del incremento de la población anciana. Aún así no se considera al adulto mayor como responsable del mantenimiento y restablecimiento de su salud y bienestar.

En 1981 en Hamburgo, en el Seminario de la Asociación Internacional de Gerontología se toman en cuenta los alcances dados en la Primera Reunión Oficial de las Naciones Unidas,

con respecto al tema del adulto mayor. En esta oportunidad se presenta la ponencia "Estrategias Gerontológicas en Medicina Social", en la cual se recomendó, que la educación para la salud debe ser promovida por todos los medios posibles y a todos los estratos de la población, se enfatizan: la importancia de los estilos de vida y de las medidas de la prevención, para asegurar la participación de todas las personas, sus familias y la comunidad en la atención de los problemas médicos, psicológicos y sociales. Un aporte importante fue determinar que la educación, dentro de un enfoque no formal, es el camino apropiado para modificar conductas o comportamientos en las personas y que la participación activa de los involucrados en su cuidado, es vital.

En 1982, con el afán de mantener el bienestar y la independencia de las personas adultas mayores en todos los países se llevó a cabo la Asamblea Mundial para el Envejecimiento en Austria. En esta asamblea se aprueba el Plan de Acción Internacional de Viena, documento que compromete a los gobiernos a elaborar programas y planes sobre el envejecimiento, respetando la idiosincrasia y las situaciones particulares en cada país. Con estos acuerdos se promociona la salud en el autocuidado y la autoayuda respetando las características particulares de las personas mayores. Su propósito es favorecer la salud, la prevención de las enfermedades y mantener las capacidades funcionales y patrones de vida saludables.

Los lineamientos anteriores motivaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1983 a realizar en Dinamarca Copenhague, un Seminario Interregional sobre autocuidado y la promoción de la salud entre los viejos. Esta actividad tenía la finalidad de producir suficiente material para incrementar los cuidados de la población en general y en especial a los ancianos. Se resalta la responsabilidad de éstos en relación con la protección de su propia salud, y la necesidad de que participen activamente en el proceso de mantener ésta y su bienestar, para obtener una mejor calidad de vida. A pesar de que este evento produjo material que estimulaba el incremento de la participación en los cuidados de la persona adulta mayor, el enfoque todavía fue biomédico, es decir, que consideró solamente aspectos de salud física y enfermedad. Más no así los aspectos sociales, psicológicos, espirituales, ocupacionales, recreacionales, intelectuales y sanitarios, de un autocuidado integral.

A partir de entonces se realizan publicaciones, cursos y estudios que abordan este problema. A continuación se hace una somera referencia a cada uno de ellos.

- Bodán y Col. (1981). Exploración de los intereses y las necesidades del anciano costarricense en aspectos vitales como: trabajo, salud, recreación y vida_sexual. Informe de graduación para optar el grado de Licenciado en Psicología. UCR. Costa Rica. En este informe se abordan los problemas de la persona adulta mayor bajo un enfoque psicogerontológico.

- Orem (1985) en su Teoría del Autocuidado, propone que éste, es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales. Ella afirma que una persona es autoeficiente e independiente sólo cuando es capaz de realizar exitosamente las acciones necesarias para producir el resultado deseado y puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado. Esta autora propone los cuidados desde tres esferas o dimensiones: la primera esfera universal, que considera que todas las personas tenemos las mismas necesidades tales como: alimentación, aire, agua, eliminación, actividad, sueño, y comunicación social. La segunda esfera del desarrollo, enfatiza que durante el ciclo vital se requiere de determinados cuidados y la tercera esfera, de la alteración, manifiesta que existen algunas alteraciones que se presenten en la vida con las cuales hay que tomar ciertas medidas.

- Siezhener (1985). Atención de enfermería integral al paciente con enfermedad de Alzheimer. El objetivo de este estudio fue elaborar y valorar un instrumento que permitiera brindar atención integral a una persona enferma, considera dentro del aspecto biológico la alimentación, higiene, eliminación, deambulación y ventilación. En lo social, el estudio incluye la comunicación, las relaciones interpersonales y las redes de apoyo. En lo psicológico, el ambiente familiar y en lo espiritual, el apoyo institucional y la práctica en conjunto con la familia.

- El estudio Atención de enfermería: enfoque de autocuidado para los ancianos con osteoporosis de la población de Zulia, Venezuela: 1988 por Quintero, tuvo como finalidad hacer un modelo de atención que incorpore a los adultos mayores con limitaciones físicas en la toma de decisiones de acciones de autocuidado. El proyecto constituye un avance importante, pero su énfasis se dió sólo en las limitaciones motoras descuidando las otras esferas del ser humano como: las sociales, psicológicas, ambientales, espirituales, educacionales y sanitarias.

- La tesis de licenciatura Atención de enfermería: con el componente de autocuidado para el seguimiento de pacientes de la III edad egresados del Hospital Dr. Blanco Cervantes Costa Rica, realizado por Cordero en 1989. Su objetivo fue aumentar el conocimiento, desarrollar capacidades de la familia y del adulto mayor con la finalidad de evitar el reingreso al hospital. Aquí se trata más bien de mejorar la imagen del adulto mayor, aprendiendo a vivir con las limitaciones, así como motivándolo para que adopte conductas sobre autocuidado para mejorar o mantener su bienestar.

- Sánchez (1990) investigó sobre Autocuidado en pacientes con Hemodiálisis del Hospital de Antioquía Colombia. El estudio fue realizado con el objetivo de desarrollar un espíritu de autosuficiencia y autoresponsabilidad de los pacientes para hacer modificaciones y aprender a conservar su integridad y convertirse en una persona independiente. Si bien es cierto este enfoque está más dirigido a adoptar conductas relacionadas con las limitaciones y problemas que ocasiona la hemodiálisis, pero es importante porque refuerza la finalidad de la presente investigación.

- La tesis sobre Autocuidado del paciente geriátrico, realizado en 1991 por Ramírez, en Lima, Perú, se dirigió al personal que atiende al anciano. Se concluye que el trabajo de dicho personal está en razón de valorar el estado físico e involutivo del geronte, administrar la terapia descrita, brindar apoyo a las respuestas emocionales, tener presente las limitaciones que el muestra, producto de la ancianidad.

- Silva (1993). Programa de autocuidado y seguimiento al paciente y familia con terapia de diálisis, Costa Rica. Esta investigación desarrolla educación a la familia y al paciente para mejorar la atención de salud en su hogar, debido que el paciente sufre una enfermedad crónica. También considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, pero obvia el resto de las áreas que pretendo incluir. Lo valioso de este trabajo es el campo educacional que presenta, tanto para el adulto mayor como para su familia.

- En 1994 el Programa de autocuidado de niños con colostomía y su familia, Costa Rica, realizado por Zuñiga. El estudio consideró la condición física, emocional y de dependencia que tienen los niños y por otro lado las condiciones del cuidado que se requiere. Lo importante de

esta investigación es que aporta para el estudio la estrategia utilizada para integrar a la familia en el cuidado del niño enfermo.

- La tesis sobre Modelo de autocuidado de pacientes usuarios de la clínica del dolor, Hospital Calderón Guardia Costa Rica, realizado por Agüero (1995). Con este estudio se pretendió brindar conocimientos y aplicar principios de salud física y mental que permitan disminuir los efectos del dolor.

- Zuñiga (1996). Planeamiento de cuidados en ancianos, Costa Rica. Aquí se consideró al adulto mayor dentro de la sociedad y que de acuerdo con sus características requiere de capacidades para la satisfacción de sus necesidades; ya sea realizando el mismo el cuidado, o ayudado por su familia. Es un aporte valioso a tener en cuenta pero siempre y cuando no se deje de lado los otros aspectos que caracterizan un enfoque integral.

- Acosta y Col. (1996). Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud del primer nivel Cali Colombia. Cuya finalidad fue ampliar el conocimiento respecto a las creencias populares de las mujeres sobre el puerperio. Concluyeron que la condición fisiológica del puerperio origina modificaciones en las actividades de la vida diaria. Si las autoras encontraron que el puerperio es una condición fisiológica temporal que origina modificaciones en el comportamiento en la vida diaria, más aún el envejecimiento por ser una condición fisiológica permanente cuyas modificaciones son más radicales y por tanto se requiere de propuestas para ayudarles a mantener, mejorar o cambiar las que atentan con su salud o su vida.

- Rodríguez y Sánchez (1997). Capacitación a los familiares para el autocuidado en el hogar del individuo con cáncer en fase terminal en la clínica integral de Tibás. Informe del proyecto de graduación para optar el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica, estudio que se realizó con la finalidad de brindar atención al usuario y familia para mejorar la participación en la atención y cuidado que necesita un paciente con enfermedad en fase terminal. Esta investigación permitió sostener la importancia y la relevancia de esta investigación ya que es la más reciente (1997) y se sigue trabajando con personas enfermas desde una perspectiva biomédica.

- En la publicación de Gutiérrez (1997) Atención y cuidado de enfermería en el paciente senescente, describe la atención de Enfermería proporcionada a ellos considerando las necesidades modificadas según los cambios producidos por el proceso de envejecimiento, ya que a medida que se disminuye la capacidad de satisfacer las necesidades, se requiere un grado creciente de atención. Esta permitió fundamentar que en la atención del anciano no sólo se debe insistir en la prevención de sus molestias físicas, sino también estimular y mantener su dignidad, respeto y autonomía (AUTOCUIDADO), siempre y cuando este en condiciones de hacerlo. Para ello el Plan de Atención Gerontológica está encaminado a devolver al anciano su máxima independencia posible, especialmente en satisfacer las necesidades básicas.

- El artículo publicado por internet de Universidad de Costa Rica (1998) es un protocolo de orientación al paciente con insuficiencia renal crónica. Aquí el autocuidado es considerado como acciones que permiten mantener la vida y la salud, que estas se enseñan en el grupo al que se pertenece y que permite a la persona y familia tomar las iniciativas y funcionar en el desarrollo de sus propias potencialidades. Por ello proponen que deben aprender y realizar algunas actividades para cuidar de sí mismos y efectuar modificaciones que le imponen la enfermedad, lo que les permitirá sentirse mejor y más independientes, les producirá más seguridad y en última instancia le ayudará a prevenir complicaciones. Si bien este protocolo esta orientado a un estado patológico, no es especifico en adultos mayores ni es integral, pero debido a que se resalta la necesidad del aprendizaje de conductas saludables y autonomía que produce el autocuidado, es muy valioso para este estudio.

- Morgani (1998), en su artículo publicado en internet sobre autocuidado, establece como prioridad la ejecución de acciones de promoción de la salud de los ancianos, los tipos de autocuidado: cuidado informal (prestado por amigos y familiares), cuidado domiciliario y el cuidado institucional. Se recurre a orientación formal - profesional en todas estas instancias. El autocuidado implica la ejecución de acciones dirigidas por la propia persona como en la dirección del ambiente con la finalidad de atender sus necesidades propias identificadas, de manera de contribuir para el mantenimiento de su vida, salud y el bienestar. Para que el autocuidado se torne eficaz, seguro y sea verdaderamente accesible, económico, se alienta la importancia del continuo desarrollo de la competencia del individuo y de la comunidad para el

autocuidado. Llevando al individuo a participar activamente y de manera corresponsable en el proceso de atención de salud.

- Universidad de Chile (1998) en el programa de cursos de formación integral del educando del pregrado de química, abarcan los aspectos de acondicionamiento físico, integralidad del ser humano, estética, social, comunicación, relaciones humanas, sexualidad y autocuidado. Considerando como propósito de este último aspecto el contribuir en la formación integral por medio del autocuidado y el fomento de estilos de vida saludables que trasciendan en su futuro desempeño profesional y comunitario. En este programa se pretendió proporcionar a la sociedad, profesionales con una formación integral, es un gran modelo a seguir por otras instituciones educativas, ya que así se estaría empezando a preparar a los estudiantes para una vejez con alta calidad de vida y por otro lado comprender y atender a las personas adultas mayores con alta calidad técnica y humana.

- Velázquez y Col. (1998). Los estilos de vida están generando cambios en la salud de la población generación tras generación. Realizada por la Universidad Interamericana de Puerto Rico, los autores refieren que la población de hoy día ha perdido la noción de una alimentación sana, el ejercicio sistematizado, el descanso y sueño adecuado por la naturaleza del tiempo (radio, televisión y tecnología moderna) además, que ha perdido el contacto diario con la naturaleza. Tiene como objetivo demostrar que los estilos de vida moderna están generando cambios en la salud de la población, llevando a la degeneración, generación tras generación. La motivación del estudio fue destinada a corroborar en personas entre 85 años o más y sus generaciones subsiguientes cómo su alimentación y estilos de vida han contribuido a sus problemas de salud.

- Campos y Col. (1998) Efectos de un modelo de atención de salud basado en el autocuidado en la población infantil. Es un estudio realizado en Chile, financiado por el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología, desarrollado desde marzo 1995 a marzo de 1998. Tiene como propósito probar la factibilidad de incorporar un modelo de atención de salud que estimule el desarrollo de conductas saludables en una comunidad de embarazadas desde que inician su control prenatal hasta que tengan sus hijos un año de edad. El diseño, implementación y aplicación del modelo de autocuidado estudiado reforzó la importancia de

incrementar e incentivar a cambiar el enfoque de la atención hacia la promoción y mantención de la salud integral y holísticamente. Dando énfasis no sólo a los aspectos físicos y curativos, sino por sobre todo a las capacidades de autocuidado que posee la población. A su vez la propuesta del modelo que se pretende realizar tiende a reducir la presión asistencial y fomenta la participación del usuario logrando que se incorpore a su control de salud intercambiando información y aprendizaje, lo cual favorece la formación de redes de apoyo en la población.

- Díaz – Nieto y Col. (1998). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. México. Trabajo realizado por profesionales de psicología, la finalidad de su investigación fue de involucrar al paciente en el cuidado de su salud, mediante conocimientos sobre la enfermedad, así como el aprendizaje de las habilidades necesarias para discriminar los momentos de ajuste tanto comportamental, alimentación y farmacológico y evitar el descontrol.

Los estudios, publicaciones y cursos anteriormente citados están relacionados en su mayoría con mujeres, niños y adultos en general; pocos son los que se refieren a personas adultas mayores. Asimismo demuestran el gran interés por el tema del autocuidado; sin embargo, el abordaje de éste, surge para atender una alteración o enfermedad, de allí su tendencia a profundizar en la dimensión biológica, más no así en la dimensiones psicológica, social, espiritual, cultural, productiva, recreativas, ecológica y sanitaria en forma integrada; no obstante, las experiencias y recomendaciones enriquecieron el presente estudio.

# CAPÍTULO II

# REFERENTE TEÓRICO – PRÁCTICO

En este capítulo se fundamenta la presente investigación; tiene como finalidad mostrar las tendencias sociodemográficas y epidemiológicas del envejecimiento en el ámbito mundial, latinoamericano y en Costa Rica. El proceso de envejecimiento; la caracterización de las personas adultas a través de un marco de referencia con teorías. Y las perspectivas teóricas–prácticas del autocuidado que permiten interpretar los resultados. A continuación se desarrollan antecedentes en general, enfoques teóricos, teorías e investigaciones que son válidas para el encuadre del estudio.

## 2.1 TENDENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ENVEJECIMIENTO

El alargamiento de la vida de las personas es un fenómeno que se ha venido manifestando en las estadísticas mundiales. De persistir este fenómeno demográfico, sin duda habrá cambios más sobresalientes en la estructura de la pirámide de la población mundial. Dichas transiciones demográfica y epidemiológica, provocan que se experimente un proceso de envejecimiento. Al igual que en el resto del mundo, en Latino América se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada. Se proyecta que las cifras de 1990, de 3,1 millones de personas con edades de 65 y más componiendo el 3,7% de la población y 11,7% para 2030 (Anzola, 1995 y Girón 1997).

De estas cifras se desprende la importancia creciente del envejecimiento, el cual acarrea una serie de necesidades y demandas de salud, con sus peculiaridades centradas en enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes. Jiménez (1990) refiere que las condiciones de salud y de incapacidad tienen mayores incidencias a partir de los 60 años de edad.

La mortalidad por causas muestra que las enfermedades experimentan desplazamientos, de las enfermedades transmisibles, infecciosas hacia las degenerativas y crónicas. Su grado de avance depende de la situación social y económica de los sujetos, con lo cual el cambio resulta tan variante como lo son las condiciones dentro de los países. Dentro de las enfermedades, las cardiovasculares han permanecido en el primer lugar como causa de muerte. Los tumores malignos han pasado de ser la tercera causa en 1970, a ser la segunda en 1980 y 1990 y en el

caso de la diabetes Mellitus, en 1970 ocupaba el sexto sitio, el cuarto en 1980 y el *preponderante* tercer lugar en 1990. Otra causa que va cobrando importancia son los accidentes, los que ocupaban el lugar 17 en 1970 en los años 1980 y 1990 ocupaba el noveno sitio. (Kinsella, 1990 y Ordóñez, 1996)

Por otro lado, la gran mayoría de la población adulta mayor, sufre pérdida de capacidad para las actividades de la vida diaria; a causa de enfermedades crónico-degenerativas; y una dependencia creciente para el sostenimiento y el cuidado (Quintero, 1994).

En Costa Rica según CELADE (1997), se estima que la población mayor de 60 años en el 2025 aumentará de 6% a 14% y la población menor de 19 años disminuirá de 37% a 25%, así como la expectativa de vida alcanzará los 75 años. Esto se ve reflejado en la ruta que lleva hacia el envejecimiento, perdiendo así la estructura juvenil y aumentando la población de adultos mayores. Siendo éste un proceso de envejecimiento poblacional paulatino pero sostenido. Barva de Heredia no es un Cantón ajeno a está problemática.

El aumento en las expectativas de vida no significa necesariamente un mejoramiento en la calidad de vida. Pero sí nos alerta en la importancia que adquiere el autocuidado en la vida de las personas en esta etapa de la vida. El autocuidado es una de las alternativas viables e importantes en la vida de las personas, y en nuestra cultura, lejos de vérselo así, se le asocia con acciones que se debe tener en cuenta en la vejez, en las incapacidades y enfermedades, lo que dificulta su vivencia desde etapas tempranas de la vida. El autocuidado no ha sido aún bien estudiado y representa un reto.

## 2.2 PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

"El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso de vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. Es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética, influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo (Girón, 1997 y Gonzáles, 1994)."

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo humano progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que experimentan los órganos y tejidos no

deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomo-fisiológicas normales (Castro, 1993). Estos cambios se presentan en forma universal porque se producen en todos los humanos, en forma progresiva porque es un proceso acumulativo.

Es declinante porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte. Intrínseco porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales e irreversibles porque son definitivos. Además es individual, no sigue un patrón establecido, por ello es irregular y asincrónico ya que varían de un individuo a otro. Sin embargo, los cambios que ocurren durante la vejez no se deben exclusivamente a los procesos biológicos normales, sino que son también producto de las enfermedades, la pérdida de las aptitudes y de los cambios sociales que se suceden durante este período de la vida. Algunos de los cambios que se atribuye a menudo al envejecimiento se deben más bien a la acumulación de años de desuso y a la falta de actividad. La disminución de la capacidad es producto tanto del envejecimiento biológico como de la pérdida de la actividad (Dutari, 1997).

## 2.3. CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

La persona adulta mayor es un ser vivo que además de sus características biológicas, integra aspectos sociales, psicológicos, intelectuales y espirituales que le permiten desarrollar marcos de acción determinados según sean sus potencialidades y limitaciones en general. (Gutiérrez, 1994). Por lo anterior, podríamos deducir que un mayor es una persona que ha sufrido las consecuencias del envejecimiento durante todo su proceso de vida; desde que nació hasta el momento presente. Ruíz (1998) dice que cada adulto mayor es diferente y único y como tal debe tratársele. Además refiere que es una persona con cierta sabiduría producto de los años y experiencias vividas en diferentes momentos históricos y contextos sociales.

Cada persona adulta mayor es única; pero como todo ser humano es un ser integral cuyo envejecimiento se va determinando por las interrelaciones de las características biopsicosociales (Gutiérrez, 1994). Así por ejemplo, una persona que ha tenido diferentes enfermedades desde su niñez, es posible que manifieste características de envejecimiento físico más notorias que otras personas de su misma edad que haya sido integralmente sana.

Dada la importancia actual y futura del fenómeno de envejecimiento de la población, constituye uno de los retos más importantes en las próximas décadas. El envejecimiento

conlleva un deterioro biológico, alteraciones psicológicas-intelectuales, sociales, espirituales, productivas: ocupacionales y económicas, recreativas, culturales, ecológicas y sanitarias. Para tener una visión más amplia de la etapa de la adultez mayor se hará referencia a algunas características fisiológicas, psicológicas y sociales.

### 2.3.1 Biológicas:

Laborit (1997) refiere que el envejecimiento es un proceso general que afecta de manera semejante a los diversos órganos y funciones, aunque puede recaer más especialmente sobre ciertos órganos y funciones en momentos diferentes para los unos y los otros, y con frecuencia también según especiales modalidades. Es muy importante considerar, estos dos aspectos. Entre las manifestaciones generales del envejecimiento tenemos:

1. Alteraciones morfológicas, el envejecimiento conlleva a una atrofia progresiva por la que se observa disminución del peso y adelgazamiento. Y a modificaciones de la estructura de los tejidos debido a células no regenerativas (neuronas) y a células de perpetua renovación (epitelio de piel, mucosas y elementos de la sangre).
2. Modificaciones bioquímicas generales, el envejecimiento va acompañado de variaciones en la proporción de agua y en la fórmula mineral, observándose un incremento en el agua, sodio, cloro y calcio, mientras que el potasio, el fósforo y magnesio disminuyen.
3. Cambios en la composición corporal. Los cambios generales se producen en los diferentes niveles: en los componentes subcelulares, en la proliferación de células, en el tamaño de los órganos y en la composición del organismo.
4. Cambios funcionales especialmente en el patrón de la marcha debido a las deficiencias del sistema nervioso central, a la disminución en la velocidad de la conducción de la masa muscular y el aumento del tono muscular.
5. Cambios en la actividad física, debido a disminución de la elasticidad en las paredes de las grandes arterias, lo que aumenta la presión arterial sistólica y la labilidad del control vasopresor. Hay disminución de la elasticidad pulmonar, aumento de la rigidez de la pared torácica y disminución de la fortaleza de la musculatura respiratoria.
6. Cambios en los procesos homeostáticos, dentro de los factores que contribuyen al envejecimiento endocrino están los endógenos como los endocrino–neurales, la composición corporal y la enfermedad y los factores exógenos como las enfermedades, la medicación, las drogas (tabaco, alcohol), la dieta, el ejercicio entre otros.

7. Cambios en la regulación del volumen de líquidos, disminuye la masa renal, más en las zonas corticales que en las medulares, el flujo plasmático desciende, se ve afectado la capacidad de dilución y concentración de agua, lo que ocasiona la deshidratación, por ello los ancianos tienen menos sed. A nivel del tracto gastrointestinal, en el nivel oral las pérdidas de las piezas dentarias diminuyen la eficiencia masticatoria; cambios en la sensación del gusto, aumenta el sabor amargo; desciende la producción y la viscosidad salival alterando la motilidad de la lengua y la deglución de los alimentos; también decrece la actividad enzimática. La motilidad y el vaciamiento gástrico disminuye.
8. Fallos de la Adaptación, a medida que pasan los años se presenta una agresión mínima, siendo las manifestaciones de ésta la falta de adaptabilidad especialmente al estrés, y en la adaptación térmica debido a que los termorreguladores se van desgastando y el mantenimiento de la temperatura interna resulta más difícil. Producto de esta inadaptación es que el anciano se vuelve más vulnerable al frío y al esfuerzo.

### 2.3.2 Psicológica - Intelectual

Hidalgo (1998) cita a Pacahud, quien refiere que en el proceso de envejecimiento lo más importante es la percepción subjetiva de la posición a lo largo de la vida que tienen las personas adultas mayores, por lo que dejan de pensar en lo que les depara el futuro y se centran en lo que les queda de vida,

Dentro de las manifestaciones generales se puede distinguir:

1. Memoria, hay una mayor ruptura en las funciones mnemónicas, la atención concentrada, la rapidez de comprensión y de razonamiento. Esta pérdida de la memoria según Domínguez (1994), no sólo hace que de pronto sean incapaces de recordar una cara o un nombre, sino también porque les resulta más difícil retener nuevas informaciones, nuevos datos, nuevas caras, así como se incrementa el tiempo requerido para identificar un estímulo visual cuando se amplía, además que se asocia a cierta declinación en la calidad del recuerdo visual. Presentan problemas de recuperación y dificultades para almacenar la información a largo plazo. Lo primero que falla es la evocación de los recuerdos; la persona busca en vano la palabra necesaria, no da con ella de momento, pero puede surgir más tarde. Otro problema es la capacidad de fijación: no memoriza lo que acaba de leer y a veces, cuando el texto es algo largo, precisa volver a leer para comprenderlo; olvida lo que había decidido hacer cuando pasa al acto; no sabe lo que

acaba de decir, por lo que vuelve a preguntar o a decir lo mismo al cabo de un instante; no recuerda dónde ha colocado sus cosas, incluso dónde ha ocultado sus tesoros y le resulta difícil volver a encontrarlos. La conservación de los hechos recientes se le hace cada vez más difícil; no puede retener lo que es nuevo; por lo contrario todos los recuerdos antiguos, incluso de su niñez emergen muy a menudo por sí mismos; revive el propio pasado mucho más que antes, a veces estrato por estrato, como si el hecho de fijar menos el presente liberara el pasado. Es importante fortalecer la "memoria genérica" con estímulos externos que faciliten el proceso de aprendizaje y adaptación del anciano (Baro, 1990 y Barros, 1998).

2. Motivación, envejecer también implica reducir un abanico de intereses, es decir la curiosidad y el deseo de exploración del mundo que nos rodea. Esto puede influir negativamente en la calidad del recuerdo. Belloch (1997) señala que las motivaciones de la persona anciana están relacionadas con sus necesidades fundamentales tales como el hambre, la sed, la homeostasis, y con cierto matiz la sexualidad. Estas dependen de su estilo de vida en sus etapas anteriores.
3. Inteligencia, paralelamente a las deficiencias de la memoria surge las declinaciones de las habilidades y funciones que componen la inteligencia, este descenso es sistemático y más o menos lineal a partir de los 30 años. Pero las habilidades intelectuales adquiridas a lo largo de la vida no se pierden. Pero también es verdad que un aprendizaje extra puede compensarlas y que las habilidades que vamos adquiriendo a lo largo de la vida no son inmutables. Los aprendizajes tempranos pueden ser modificados y sustituidos por otros posteriores. Sus características intelectuales son probables que no degeneran como un patrón normativo; pero si pueden incrementarse según su estilo de vida y sus motivaciones (Baro, 1990 y Gonzáles, 1990).
4. Personalidad, es el proceso por la cual se es capaz de autodirigir su propia estructura y muy en especial, de influir sobre los factores sociales y culturales. La personalidad es la resultante del temperamento y del carácter, siendo el primero los rasgos heredados que condicionan nuestra forma de ser y el segundo una serie de normas, valores y actitudes que adquirimos de las influencias del medio ambiente social (Alvarez, 1997).
5. Aprendizaje, no disminuye con la edad, incluso es posible mejorar esta capacidad por medio de sistemas de codificación, organización y entrenamiento.

6. Aptitud, actitud y el comportamiento. Progresivamente, van apareciendo pequeños trastornos. El paso es menos seguro. Se requiere de barandillas para bajar las escaleras, ya no se suben de 3 en 3 los escalones, sino uno por uno, ante una acera, se mira dónde se pone el pie, se espera que el autobús haya parado completamente para bajar de él. El equilibrio en la posición de pie, se siente vacilante, el balanceo se hace con menor facilidad, el andar a veces es zigzagueante. La agilidad manual, los gestos son menos hábiles, por distracciones o por imprecisión, y así es frecuente manchar la ropa. Ante trabajos no habituales, hay ciertos titubeos, se ve obligado a reflexionar y razonar en lugar de actuar espontáneamente. En general los gestos son titubeantes, lentos. Pero la manifestación más evidente es el temblor senil, (ya sea en la cabeza, de actitud (miembros superiores), intencional o de acción cuando se pasa del estado de reposo al de actividad (Alvarez, 1997).
7. El sueño, hay variaciones en la profundidad y son breves.
8. El lenguaje, en forma y grados diversos, se hace más torpe, con frecuencia hay que repetir las frases, ya que por deceso de la agudeza auditiva y también por déficit progresivo de la comprehensión verbal, debido a un déficit en la identificación y comprensión de los símbolos. Cuando habla, escapa con frecuencia la palabra precisa, por lo que hay que recurrir a circunloquios, a sustituciones impropias de palabras, debido a una especie de déficit en la expresión del lenguaje. Al escribir, disminuye la riqueza verbal, aún cuando éstas se emplean a menudo, los giros de las frases son más sobrios, yendo derechamente al fin, menos floridos y cuidadosos de la elegancia con fórmulas hechas (Pajares, 1995).
9. La vida afectiva está hecha no sólo de necesidades que la animan, sino también de las modalidades del comportamiento ante las tentaciones y el estrés como las emociones por una parte y actitudes por otra. Para algunos las pasiones se egocentran, mientras que la verdadera pasión impulsa a la entrega de sí. Por lo demás, las emociones se sienten con mayor moderación. Paralelamente a esta disminución de la facultad de amar, de simpatía, de compasión, se produce una mayor permeabilidad afectiva que se puede conducir a una sensibilidad llorona o a una alegría exuberante, marcada a veces de llantos, a veces por una risa espasmódica, a causa del debilitamiento de las funciones de control y por tanto de inhibición (Ferrine, 1996).

10. El carácter, su modificación notablemente al igual que las actitudes. De tales formas los rasgos más corrientes son, por una parte exagerado en reacciones ante las dificultades, en forma de autoritarismo, de impaciencia, frente a la menor contrariedad, de arrebatos de cólera a veces violentos; por otra parte una especie de hermetismo desdeñoso, con repliegues sobre sí mismo y negativa a exponer las razones del propio silencio; una especie de emparedamiento; mientras que por dentro hierven sentimientos de rebelión, ideas de persecución y rumias vindicativas, compensadas a veces, a causa de las posibilidades de ambivalencias de algunos, por autoreproches, ideas generosas y proceso de sublimación. Pero si por un lado tienen un lado negativo por otro es positivo pues se desembarazan de muchos cuidados y se liberan de muchas sujeciones, se es dueño absoluto del propio tiempo, disponible para todo lo que le interesa (Martínez, 1994).
11. Vida interior, envejecer puede significar abandonar muchas prerrogativas, sufrir una retahíla de humillaciones, correr el riesgo de ser despedido. El tiempo no tiene el mismo significado ya que se toma conciencia de que la duración va disminuyendo cada día por el cual hay que frenarlo (Ciriaco, 1997).
12. La conciencia se conserva, por el contrario la capacidad para tomar conciencia de sí y por lo tanto para reajustar el propio pensamiento se va reduciendo cada vez más. El pensamiento se torna rígido por el principio de placer y de desagrado, por lo que trata de negar su invalidez, dependencia, debilidad, su egocentrismo está estrechamente ligado al narcisismo que se ve reforzado en él por su alejamiento del objeto (Consejo Episcopal Latinoamericano, 1988)

### 2.3.3 Sociales:

Siendo el anciano una persona, miembro de una sociedad; necesita algún grupo de apoyo, ya sea su propia familia genética u otra, donde pueda compartir y crecer como ser humano. Sánchez M. (1994) afirma que "la familia, es el apoyo principal con que cuentan las personas de edad avanzada". La familia representa el núcleo clave en donde la mayoría de las personas ancianas comparten la vejez como una etapa más de su ciclo vital. Según la misma autora, las relaciones entre las personas adultas mayores y demás miembros de la familia que interactúan bajo un mismo techo, se fortalecen con valores como la ayuda mutua en tareas domésticas, apoyo económico, cuidado de niños y apoyo moral o emocional. Otros valores que

destaca la autora en mención es la obligación, el amor y la reciprocidad (Trejos, 1985 y Gómez, 1992).

El adulto mayor necesita sentirse útil en los diferentes ámbitos sociales en que se desenvuelven. Para hablar de necesidades sociales del anciano es fundamental hablar de educación en un contexto cultural determinado, pues existen diferentes variables tales como valores, necesidades, limitaciones, costumbres, oportunidades y otras que determinan los patrones de aprendizaje en los individuos según sea su etapa de desarrollo. Por ejemplo, no todos los individuos preparan su retiro laboral y su ancianidad como un proyecto de vida; son una minoría los que socialmente pueden lograrlo fortaleciendo con ello su autonomía como lo describe Carstensen, citado por Fernández, R. (1992) .

Podríamos decir que dependiendo de aspectos culturales y educativos, entre otros; la persona anciana está en capacidad de decidir su propio sistema de vida, relacionándose adecuadamente con sus hijos y nietos, y, a la vez dejando espacios para disfrutar con sus amigos de edad semejante y de intimidad hogareña u otras distracciones propias de pareja, solos o con compañeros; tal como excursiones, visitas, paseos entre otros (Fernández, R. 1992).

En el nivel de pareja, el anciano busca su realización y es por ello que rescata tiempo para disfrutar de su casa y compañía mutua. La pérdida de uno de ellos causaría trastornos de adaptación; sin embargo, si se había alcanzado cierto grado de autonomía en pareja con respecto de sus hijos, nietos u otros familiares, la persona viuda logra adaptarse de nuevo a vivir sin su compañero o compañera (Benson, 1998).

Estatus, este papel ha cambiado a lo largo de la vida, puede entrañar pérdida de poder, responsabilidades, libertades y autonomía.

### 2.3.4 Espirituales

Durante toda la historia, el hombre ha estado angustiado por comprender las cuestiones de la vida espiritual del ser humano. Sin embargo, nadie ha sido capaz de dar respuestas satisfactorias. Por lo tanto, las cuestiones de la vida espiritual del hombre no pueden ser resueltas desconociendo la naturaleza de hombre.

El hombre consiste de cuerpo o forma externa, y espíritu o carácter interno. El cuerpo visible refleja al espíritu invisible. El cuerpo asume una forma que se asemeja a la forma proyectada por el espíritu. Por esta razón se pueden percibir cosas sobre el carácter invisible y el destino del hombre por su apariencia externa (Comisión Episcopal de Latinoamérica, 1995)

En el caso de las personas mayores, esta realidad que existe y que tiene se transciende en el tiempo. Por tanto se provee de la fuerza para la existencia, multiplicación y para la acción. Este proceso que se genera es la «acción de dar y tomar». El adulto mayor espiritual es aquel que mantiene su vida mediante la acción de dar y tomar. La acción de dar y tomar gobierna todas las relaciones dentro de ellos y todas las relaciones entre los hombres. Por ello a pesar de que haya actuado mal, al menos le queda en su más íntimo ser un resto de la fuerza de la conciencia. La conciencia siempre actúa, induciéndole a vivir justamente. Nadie puede impedir que esta fuerza actúe dentro de sí mismo. Se sienten remordimientos de conciencia cuando se hacen cosas malas (Von, 1994).

La persona adulta mayor como ser humano, tiene que perfeccionar su individualidad. Por tanto una persona que hubiera perfeccionado así su individualidad tendría un perfecto dar y tomar entre su espíritu y su cuerpo. Por esta razón, el hombre contiene la estructura, elementos y cualidades esenciales, siendo el amor la fuerza de la realización del propósito del bien, los elementos que dan lugar a una vida de bondad se llaman «justicia. Por ello, es natural que necesitemos vivir una vida de justicia con el fin de cumplir el propósito del bien. Por esta razón, la justicia siempre persigue el propósito del bien.

En nuestra vida diaria, sabemos que nuestro espíritu se alegra cuando el cuerpo hace buenas obras, pero siente ansiedad después de una mala conducta. Esto es debido a que los elementos de vitalidad, que pueden ser buenos o malos conforme a las obras del hombre, son asimilados por nuestro hombre espiritual, (Vandenbrouce, 1993). Así pues la sensibilidad de nuestro hombre espiritual tiene que ser cultivada por medio de su relación recíproca con nuestro hombre físico durante la vida física en la tierra. Así pues, el carácter y las cualidades del hombre espiritual se forman durante su vida terrenal. El destino del hombre espiritual queda determinado por el propio hombre espiritual, la multiplicación de los hombres espirituales ocurre al mismo tiempo que la multiplicación de los hombres físicos en la vida física del

hombre, debido a que el hombre espiritual sólo puede crecer con el cuerpo del hombre físico (Gautier, 1992).

La espiritualidad no es la exclusión de la materia, sino la unión del hombre (cuerpo y alma). La espiritualidad no es un estado, sino un movimiento que se obtiene por la participación en un impulso regenerador en virtud del cual tiene que vivir su temporalidad con trascendencia de su yo.

Laweng (1997) manifiesta que para que una persona sea espiritual requiere que los actos de la vida diaria de temperancia, humildad y autonegación se ilustren a través de actitudes y acciones. El hombre es una entidad espiritual, y en cuanto al ser humano como tal tiene la posibilidad de cambiar en cada momento, de hacerse a sí mismo y rechazar cualquier constricción. Por ello el hombre es libre para ser responsable, y es responsable para la realización del significado de su existencia. Por la espiritualidad el hombre trasciende el plano biológico, psicológico y sociológico, debido a que se determina a sí mismo, ya que la existencia es única, singular e individual.

### 2.3.5 Culturales

Las personas adultas mayores son una fuente de conocimiento de tradiciones y de historia que al ser relatados por ellos cobra vida, colorido y realismo y que sólo se adquiere con los años. Por consiguiente, es necesario darles oportunidades; ya que beneficia no sólo a la sociedad sino también a ellos mismos (Otiniano, 1994).

Hay que desmitificar el papel de las personas adultas mayores dentro de la sociedad y se le revaloriza por sus conocimientos y experiencias que tienen y que es muy importante aprovecharlos. Por tanto, se les debe brindar oportunidades para que participen normalmente en actividades de la sociedad y contribuyan a ella, siempre que estén dispuestas y sean capaces de hacerlo (Oro, 1995).

En los derechos internacionales de las personas adultas mayores se considera que es responsabilidad de las personas adultas mayores permanecer activas, aprender y aplicar principios sanos (física y mental), actualizar conocimientos, impartir conocimientos, participar en la vida cívica, buscar y desarrollar formas de prestar servicios a la comunidad y adoptar sus propias decisiones (OPS, 1996; Ortiz, 1997 y Federación Internacional de la Vejez, 1998).

### 2.3.6 Productivas

**Ocupacional**

Sánchez y Sevilla (1998) expresa que la inactividad viene a ser una opción negativa en la vida en los adultos mayores, pero el sentirse útiles; vivir con optimismo, que haya posibilidad para que el tiempo no se haga largo, y el tedio no aparezca, la tristeza no se adueñe de nuestro pensar y de nuestro actuar es muy necesario. La autora considera que es un desperdicio, que ellos se queden en casa sin nada, sin tener actividad, ni del cuerpo ni de la mente a pesar de estar en capacidad de hacerlo.

Las personas adultas mayores tienen grandes capacidades como para tenerlos sin hacer nada, por ello darles quehacer beneficia no sólo a la sociedad sino a ellas mismas. No es cierto que a las personas mayores les haga bien la inactividad, que a veces confundimos con descanso. El no tener actividad, ni del cuerpo ni de la mente, produce daño y acelera la aparición de enfermedades, causan o empeoran desórdenes digestivos, crean hipertensión, aumentan los niveles de colesterol dañando arterias, agrava las enfermedades del corazón, empeoran las condiciones inflamatorias o dificultan la recuperación posterior a traumas corporales (Moreno, 1993).

En un cuerpo sin enfermedad está bien físicamente en reposo como en actividad de la vida diaria, tiene alta capacidad funcional, energía y gran eficiencia. Y como consecuencia, mente sana en las esferas psicológicas, intelectual y emocional, presentando un balance positivo ante los retos continuos de la vida personal, familiar y del trabajo. El cuerpo que goza de buena salud es aquel que está lleno de vigor, energía, siempre activo, ágil con confianza en sí mismo, animoso, en fin gozando plenamente de la vida (Palau, 1997 y Parreño, 1995).

La misma autora refiere que la modernidad en la vida del hombre lo ha llevado a una inactividad progresiva, unida a otros malos hábitos de vida reflejándose en las nuevas enfermedades que cada vez son más frecuentes, lo más triste de esta situación, es que todas estas enfermedades pueden prevenirse, en un alto porcentaje, con sólo cambiar los hábitos de vida diaria, nuestro estilo de vida, cuidando nuestra propia salud, siendo productivos y creativos.

**2.3.7 Recreacionales**

Según Delgado (1994) y Florez (1998), una actitud positiva frente a la recreación y ocio desarrolla la "autoconciencia y un autoconcepto" más realista y equilibrado. Influyendo los efectos positivos de la recreación y ocio en la reducción de síntomas, disminución de la intensidad de sentimientos (incomodidad, agresividad, preocupación, conflictividad, tensión interior entre otros) y ayuda a la persona mayor a afrontar una mayor resistencia a los agentes nocivos.

Produce un efecto antidepresivo, mejorando la sexualidad, la autonomía, la memoria, la rapidez, la "imagen corporal" y la sensación del bienestar, produce estabilidad en la personalidad caracterizada por el optimismo, la euforia y la flexibilidad mental. Manteniéndolo "despierto" y "alerta", venciendo la desesperación, la apatía y el deterioro de las facultades mentales que muchas veces terminan en una actitud psicológica de abandono y renuncia (Gamboa, 1997)

**2.3.8 Ecológicas**

De Debuchy y Col. (1994) y Gonzáles I. (1997) plantean los condicionantes ecológicos como recurso físico para los ancianos, refiere que hay necesidad de diseñar infraestructuras, equipos y condiciones ergonómicas, recomendadas para una vivienda adecuada para ancianos (pisos, paredes, puertas, ventanas, circulaciones verticales y horizontales, baño, cocina, lavandería, dormitorios y salas de estar, así mismo se indican la accesibilidad a las actividades y servicios con el propósito de mejorar la imagen pública de los adultos mayores.

Vinicio (1992) manifiesta que anciano es un usuario de espacio arquitectónico con necesidades particulares y de la interpretación contemporánea y vigente que el espacio arquitectónico es el entorno construido que opera como escenario para el desarrollo de las actividades humanas.

**2.3.9 Sanitarias**

Llevar una vida sana no sólo garantiza una vida más larga, sino que pospone y reduce el tiempo de discapacidad al final de la vida, ya que las limitaciones que conlleva el envejecer, como son las limitaciones fisiológicas, psicologicas-intelectuales, sociales, influyen en los factores de riesgos las personas que suelen sufrir los ancianos y que debemos prevenir. Por ello

hay que evitar una mala vejez considerando los hábitos saludables tales como hábitos dietéticos, ejercicio, descanso y sueño adecuado, actitud mental, evitando exceso de sol y la vida sedentaria, teniendo un entorno saludable, teniendo buen humor, evitar el estrés y el tabaco, cultivando la belleza interna y externa que mejoren nuestros estilos de vida, previendo el dolor y sufrimiento (Skeet, 1997; Xalapa, 1998 y Mayer, 1998).

Las nuevas enfermedades que afectan a las personas adultas mayores son cada vez más frecuentes, pero felizmente todas pueden prevenirse en un alto porcentaje, con sólo cambiar los hábitos de vida diaria, nuestro estilo de vida (Potter, 1990; Restrepo y Anzola, 1994).

Así nuestras respuestas serán más apropiadas a situaciones de la vida difíciles. Se tendrá más energía y fuerza como resultado de un estilo de vida mejorado, nos sentiremos físicamente bien y se obtendrá experiencia de bienestar, de vivir más y plenamente.

## 2.4 Teorías y enfoques que sustentan el proceso de envejecimiento

Según la National Institute of Aging en su publicación In Search of the Secrets of Aging (en busca de los secretos del envejecimiento 1998), las teorías principales que explican el envejecimiento las dividen en dos grupos importantes, una enfatiza los relojes biológicos internos o "programas", y la otra las fuerzas externas o ambientales que dañan a las células y los órganos, hasta que no puedan funcionar adecuadamente. Además en esta misma publicación, se afirma que el envejecimiento, en la actualidad es visto como diversos procesos interactivos e interdependientes, que determinan el lapso de la vida y de la salud, de tal forma que el individuo responde al entorno de ciertos modos porque tiene predisposiciones genéticas y, por ende, orgánicas y a la vez es influenciado y se adapta a condiciones o estímulos externos, lo que asimila en una gran variedad de formas sean estas positivas o negativas. Habitualmente el individuo responde a sí mismo y a los estímulos del entorno en forma tipificada, de acuerdo con las enseñanzas aprendidas a lo largo del proceso de socialización.

### 2.4.1 Teorías psicológicas

**Teoría del desarrollo humano**, de Erik Erickson, citado por Plasencia (1996) el cual propone que el desarrollo humano pasa por 8 etapas correspondiendo a la vejez la última donde se da la integración del Yo vs desesperación. En esta etapa el autor ve normal que las personas reflexionen sobre su vida pasada y la juzguen. Si al hacerlo se sienten satisfechos porque su

vida ha tenido significado y calor, experimentará una sensación de integridad. Pero si se da cuenta de que a habido esfuerzos mal encauzados y se han perdido oportunidades, sobreviene la sensación de desesperación. Sin duda esta resolución final constituye un producto acumulativo de todas las resoluciones de los conflictos precedentes. La persona adulta mayor que posee integridad, está lista para defender con dignidad su propio estilo de vida y, sus formas de sentir y pensar. Sus conductas anteriores y sus experiencias previas lo llevarán a valorar y a sentir que su vida individual es también parte de la historia, valores, costumbres y perjuicios de la sociedad. El estilo de integridad lo caracteriza e identifica; se siente seguro y no tiene temor a la muerte, pues ve como lógico y normal el morir, debido a que tiene sabiduría, creencias morales y religiosas firmes.

- Según Hidalgo (1998) las teorías de Adler sobre las relaciones sociales constituyen la expresión directa del interés social y son esenciales para desarrollar un estilo de vida constructivo y satisfactorio. En cuanto a la voluntad es el afán de superioridad que tiene el individuo y el de realización de las metas en la vida. En referencia a las emociones, distingue dos tipos: las emociones socialmente disyuntivas, que están relacionadas con el logro individual de las metas y las emociones socialmente conjuntivas, que propenden a fomentar la interacción social. En las emociones disyuntivas como: la ira, el temor o el disgusto tratan de producir un cambio positivo en la situación de vida del individuo aunque a veces sea a expensas de los demás. Surgen de una sensación de fracaso o inadaptación y sirven para movilizar las fuerzas del individuo para realizar nuevos esfuerzos. Mientras que las emociones conjuntivas tratan de estar socialmente orientadas como sucede con el deseo de compartir la alegría y la risa con los demás. La emoción de simpatía es la "expresión más pura de interés social" y revela hasta donde podemos relacionarnos con otros.
- En la teoría de Perls en Baro (1990) el concepto del organismo como un todo es central, tanto en relación con el funcionamiento intraorgánico como en términos de la participación del organismo en su medio para crear un campo único de actividad. Insiste en que no hay diferencia esencial entre la actividad mental y la actividad física. Con relación a la voluntad, Perls da mucho énfasis a la importancia de tener conciencia de nuestras preferencias y de nuestra capacidad para actuar sobre ellas. Conocer nuestras propias preferencias incluye conocer nuestras propias necesidades. Respecto a las emociones, las considera como la fuerza que da energía a todas las acciones.

- Para James en Daft y Steers (1992), las relaciones sociales son inicialmente instintivas y hechas para ajustarse a diferentes exigencias culturales. Gran parte de lo que llamamos "relación" es un patrón de hábitos recíprocos. Predominan así dos instintos, el primero es la necesidad de estar con las demás personas. Y el otro instinto es el impulso a hacerse notar, a hacerse señalar en forma especial, a ser percibido como algo único y particular.
- Según Rogers en Daft y Steers (1992), la interacción con otra persona facilita al individuo descubrir directamente, revelar, experimentar o encontrar el sí mismo. Nuestra personalidad se vuelve visible para nosotros por medio de las relaciones con los demás. En las interacciones diarias la retroalimentación proviene de los demás, da la oportunidad a las personas de experimentarse a sí mismas. Considera que las relaciones ofrecen la mejor oportunidad de estar en "total funcionamiento", en armonía consigo mismo, con los demás y con el medio. Por medio de las relaciones se pueden satisfacer las necesidades orgánicas básicas del individuo. La esperanza de esta satisfacción hace que la gente invierta una cantidad increíble de energía en sus relaciones, inclusive en algunas que aparentemente no puedan ser sanas o satisfactorias.

**Teoría del cambio**

- Teoría del proceso de cambio Bartlett y Kayser (1995) cita a Lewin, y refiere que propuso un modelo de pensamiento acerca del cambio, que ve el comportamiento en una situación no como un patrón estático sino como un balance dinámico de fuerzas, que operan en direcciones opuestas. Las fuerzas que tienden a aumentar el nivel de producción se denominan impulsivas o positivas y las que tienden a disminuirla, disuasivas o negativas. Estas fuerzas se mantienen en equilibrio dinámico donde a pesar de enfrentarse a nuevas demandas o condiciones el organismo tiende a volver a su condición anterior.

El cambio se da cuando ocurre un desbalance entre la suma de las fuerzas limitantes y las sumas de las fuerzas impulsivas. Este desbalance desajusta el patrón de conducta y el nivel cambia hasta que las fuerzas recuperen el equilibrio. Por ello el cambio o un diferencial de la suma de las fuerzas puede ocurrir por el cambio en el vector o magnitud de cualquiera de las fuerzas; adición de una fuerza; eliminación de una fuerza

existente o por el cambio en la dirección. Esta discusión sugiere tres medios o estrategias para conseguir cambio en el patrón de conducta: aumento de las fuerzas positivas; disminución de las fuerzas disuasivas o negativas o poniendo en juego una combinación de las dos anteriores.

Los factores que intervienen en el proceso de cambio son los factores económicos, sociales, políticos, culturales, religiosos, étnicos y psicológicos.

➢ Teoría de cambio de actitud, Bartlett y Kaysser (1992) postulan que cuando se trata de actitudes, sugerir la necesidad de cambio es una amenaza, ya que éstas están organizada e integradas alrededor de la imagen que la persona tiene de sí; por eso se hace necesario que los programas de cambios de actitudes se estructuren.

La fase de descongelamiento por la cual se pasa en el programa de desarrollo de actitudes debe ser gradual, moderado e irse moviendo de manera lenta pero continua para que cada participante vaya desarrollando procesos de interiorización. A este proceso le dominan descongelamiento automotivado en el que se proporciona una retroalimentación que permite comparar y contrastar lo adecuado de su conducta con la de otros.

La fase de cambio, aquí se presenta una vía de cambio y el proceso para aprender nuevas actitudes. Se ponen en marcha dos procesos la identificación (cuando un individuo adopta una conducta derivada de otra persona o grupo porque dicha conducta se encuentra asociada con una relación satisfecha) y la interiorización (que es la perdurable y se da cuando la persona aprende nuevas actitudes porque se le ha situado estratégicamente y se le exigen nuevas actitudes como una manera de resolver los problemas a los que enfrenta).

Y por último la fase de recongelamiento, es la fase en que la actitud recién adquirida queda integrada a la persona y a sus relaciones y para que se mantenga debe recibir un apoyo genuino en el ambiente.

**Teoría de la motivación,** son tres los enfoques propuestos por las teorías contemporáneas de la motivación, así tenemos:

- Teevan (1994) cita a Maslow, quien nos presenta la teoría de la autoactualización, como "el empleo y la explotación total de los talentos, capacidades, posibilidades, etc." Primero, "la autoactualización significa experiencia total, vivida y desinteresadamente, con una concentración y absorción total", estamos relativamente ignorantes de lo que pasa en nosotros o a nuestro alrededor. Segundo si se piensa que la vida es un proceso de alternativas, entonces la autoactualización significa hacer de cada decisión una elección para el desarrollo.

  Tercero, actualizarse es volverse real, existir efectivamente y no sólo en potencial, así pues autoactualizarse es aprender a ponernos en armonía con nuestra naturaleza interior. Cuarto, la honradez y la responsabilidad por nuestras acciones constituyen dos elementos esenciales de la autoactualización. Quinto, los cuatro pasos vistos nos ayudan a desarrollar la capacidad para hacer mejores elecciones para nuestra vida. Debemos aprender a confiar en nuestros propios juicios y en nuestros propios instintos y actuar conforme a ellos. Sexto, la autoactualización también es un proceso continuo del desarrollo de nuestros potenciales, esto significa emplear nuestras habilidades y nuestra inteligencia, y trabajar para hacer bien lo que deseamos. Por tanto no es una cosa que alguien tiene o no, constituye un proceso infinito, es una manera continua de estar, vivir, trabajar y tener relación con el mundo, no es sólo la realización de una tarea. Séptimo, con las experiencias culminantes, es cuando nos sentimos más plenos, más integrados, más conocedores de nosotros mismos y del mundo. Y por último, la autoactualización es el proceso del conocimiento de nuestras defensas y el trabajo para desistir de ellas, necesitamos conocer las formas sino distorsionamos la imagen de nosotros mismos y del mundo exterior por medio de la represión, proyección y otros mecanismos de defensa.

- Teoría de la satisfacción de las necesidades, McClelland en Daft y Steers (1992) refiere que las necesidades es el resultado de muchos factores, incluyendo las experiencias de la niñez y de las ocupaciones, así como también del tipo de organización en la que está empleado. Las personas realizadas les agradan aceptar responsabilidades personales para encontrar soluciones a sus problemas y desempeñan un papel activo en la determinación del resultado. Por otro lado aceptan riesgos

moderados y buscan una retroalimentación concreta a su desempeño, es decir les agrada saber que tan bien están realizando las cosas.

- Teorías del contenido de la motivación, Adelfer (citado por Daft y Steers, 1992), propone la Teoría ERD, que es una modificación de la teoría original de Maslow, dicha teoría recategoriza en tres niveles las necesidades como son: las necesidades relativas a la existencia, que incluye tanto las necesidades fisiológicas y de seguridad; las necesidades de relacionarse, respecto a la manera como las personas se relacionan con su entorno social, incluyendo la necesidad de relaciones sociales e interpersonales significativas; y las necesidades de desarrollo, centradas en el desarrollo del potencial humano incluyendo las necesidades de autoestima y autorealización.
- Teorías del proceso de la motivación, aquí tenemos la teoría de la expectativa, la cual se conoce con muchos nombres como la de teoría trayectoria - meta de la motivación, teoría de la instrumentalidad, teoría valencia – instrumentalidad – expectativa y simplemente teoría de la expectativa. El argumento está alrededor de que gran parte del comportamiento humano es resultado de la interacción entre las características de los individuos (rasgos de personalidad, necesidades y valores) y el medio percibido (Daft y Steers, 1992).
- La teoría del reforzamiento de la motivación y la modificación del comportamiento, el concepto de reforzamiento data desde la ley del efecto Thorndike en el cual se establece que el comportamiento que se refuerza positivamente tiende a repetirse mientras que el comportamiento que no se refuerza no se repite. (Daft y Steers, 1992).
- Teoría de los dos factores, de Herzberg en Hidalgo (1998) sostiene que por un lado la motivación esta asociada a los sentimientos positivos (motivadores) hacia el trabajo tales como logro, reconocimiento, trabajo mismo, responsabilidad, avance y crecimiento y por otro lado los factores de higiene que no genera satisfacción, simplemente evita la insatisfacción.
- Teoría de la intervención, (Nieto 1998) esta teoría forma parte de la solución a los problemas psicológicos del envejecimiento y se basa en que se puede prevenir e intervenir sobre los factores negativos, por falta de trabajo, la marginación y el sentimiento de pérdida en la vejez, manipulando variables se pueden lograr efectos positivos y desarrollar incluso facultades que no existían.

### 2.4.2 Teorías sociales:

Para Thomae y Townsed en Hidalgo (1998) bien envejecer es un fenómeno natural, inherente a la finitud biológica del organismo humano, cabe destacar que son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de los años de sus habitantes, como su calidad de vida durante los años de la vejez. Asimismo, Chawla (1988) afirma que "los ancianos no siempre son dependientes a causa de los cambios físicos, sino que a menudo lo son a las formas en que se los categoriza socialmente y a las presiones sociales que se ejercen sobre ellos.

Los enfoques que se admiten en el proceso de envejecimiento son diversos, entre ellos destaca el abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la sociedad y cuya atención se centra en el estudio de las características de la sociedad y en la forma en que estas configuran similares oportunidades y condiciones de vida para las personas adultas mayores. Otro enfoque es de índole más psicológica, cuya unidad de análisis son los individuos que envejecen, hace hincapié en la manera en que estos enfrentan su proceso de envejecimiento. Una combinación de estos dos enfoques es la psicosocial que se interesa por la forma en que los individuos entendidos como categoría social, encaran su envejecimiento dentro de un contexto social que los condicionan.

Este último enfoque, fue adoptado por la investigadora. De acuerdo con ella el envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes, provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos, cuyo carácter dependerá de cómo se encaren y resuelvan los problemas. Puesto que aceptar y asumir las pérdidas inevitables permitirá sentirse satisfecho con la vida. Según Barros (1997) este enfoque privilegia la idea de que cada individuo es el artífice de su destino personal, ya que elabora una forma particular de enfrentar la realidad de su vejez y adaptarse y actuar dentro del marco definido por su sociedad.

Teorías Sociales del envejecimiento, consisten en explicaciones que intentan dar respuestas a partir de las teorías sociales existentes. Así tenemos:

- La teoría del desapego o de la desvinculación (Cumming &Henry, 1961) propone que el "retiro" psicológico, social y emocional de las personas de edad avanzada es funcional tanto para la sociedad como para el individuo envejecido, porque le permite a la sociedad hacer espacio para individuos más jóvenes, más enérgicos y productivos, y al

mismo tiempo le permite a los "viejos" prepararse para su muerte. De acuerdo con esta teoría, este aislamiento es normal y beneficioso pues la reducción del espacio vital del individuo corresponde a la disminución de la energía física y psíquica entre otros aspectos.

- Teoría de la modernización, sostiene que el prestigio de los "viejos" depende del grado de modernización de la sociedad en que viven. Este proceso tiene efecto sobre la familia extensiva, enfatizando, más bien la nuclear. El hacinamiento urbano y la cultura de la familia nuclear no le permite tener espacio físico a los "abuelos". Además los "viejos quedan rezagados en la carrera de la renovación en la información y pierden vigencia, por la declinación del vigor, que afecta su capacidad productiva, como por la obsolescencia de sus conocimientos y por una declinación de la motivación de actualizarse (Cowgill, 1974; Cowgill & Holmes, 1972).
- Teoría de la Estratificación Etárea, Riley en Hidalgo (1998) argumenta que la estratificación social basada en el criterio de la edad es un fenómeno universal y constituye un sistema de adjudicación de privilegios, derechos y obligaciones a lo largo del rol o papel que juega la edad en cada sociedad. A esta teoría se la ha acusado de asumir que los integrantes de un grupo etáreo experimentan la "edad" que tienen, de manera uniforme, sin tomar en cuenta las variaciones individuales.
- Teoría del lapso de la vida, resalta el papel que juegan los roles y las normas sociales en formar la conducta de los individuos en el desarrollo humano a lo largo de las diferentes etapas. Refiere que el envejecimiento acontece desde que el individuo nace, hasta que muere, y que el envejecimiento implica factores sociales, psicológicos y biológicos, cuya experiencia individual está conformada por factores históricos y generacionales (Cunninghan & Brookbank, 1988).
- Teoría del intercambio social aplicada al proceso de envejecimiento, Dowd en Daft (1992) refiere que las personas mayores se van "retirando" de los intercambios sociales, porque han perdido recursos que ofrecer en ese intercambio en referencia con generaciones más jóvenes. Solo las personas que tienen recursos, continúan siendo interactivas, pues de hecho, los jóvenes tienden a evitar a los mayores de edad sin recursos que ofrecer, contribuyendo a su aislamiento, son castigados debido a su estatus social, que repercute en una menor autoestima y menor confianza en sí mismos. Esta

perspectiva deja por afuera de su análisis los factores afectivos, pues solo pone atención a los elementos racionales de la conducta humana.

- Teoría de la actividad social, Cavan, Burgess, Havighurst & Goldhamer en Hidalgo (1998), sostienen que la actividad social de una persona le repara satisfacciones y que el aislamiento va en contra de su bienestar individual. Si bien es cierto que el envejecimiento significa pérdida de roles sociales, sin embargo, la clave del éxito en un envejecimiento adecuado consiste en sustituirlos por otros. Esta perspectiva promueve que la educación y el activismo político son necesarios, para modificar las normas y valores sociales para crear una mayor comprensión de la vejez.
- Teoría de la competencia social y del resquebrajamiento, trata de explicar el desarrollo normal y problemático durante el envejecimiento su representante es Kuypers & Begtson, en Daft y Steers (1992). Por un lado el círculo vicioso que repercute en el deterioro de la imagen de sí mismo que tiene el individuo y por otro lado la competencia social que se refiere a las aptitudes que un individuo debe tener para poder interactuar satisfactoriamente con su entorno social. La pérdida de esas aptitudes trae como consecuencia el resquebrajamiento social.
- Teoría de la continuidad (Nieto, 1997) esta teoría se basa en dejar que el individuo escoja lo más congruente de su propia personalidad.
- Teoría de la subcultura, Rose en Daft y Steers (1992) esta teoría sostiene que los adultos mayores están desarrollando una subcultura propia, debido a la exclusión de la interacción con otras generaciones más jóvenes, por el aumento de las interacciones entre ellos mismos como resultado de sentirse segregados y apartados por su edad y por que han desarrollado intereses comunes y creencias. Creando así una subcultura propia con sus propias normas, valores e identidad.
- Teoría de la economía política del envejecimiento, Estes en Hidalgo, (1998) argumenta que la jubilación más que un beneficio para las obreros y la clase trabajadora ha permitido sacarlos del mercado laboral a los "viejos" y que los fondos de pensiones sirven como paliativos para que los viejos no se conviertan en un problema social.
- Teoría de las redes sociales, aunque algunos tales como Collins (1988) y Turner (1991) no lo consideran como una teoría, en esencia, el análisis de redes visualiza a los grupos humanos como complejos sistemas de comunicación e intercambio a lo largo de eslabones interconectados, para los cuales se movilizan recursos materiales, simbólicos

y personales. El análisis de redes sociales en el envejecimiento han sido enfocados a los cambios estructurales de la red familiar de las personas a lo largo de la vida.

- Teoría del apego, parte que todos los seres humanos a lo largo de nuestra vida establecemos muchos tipos de relaciones con nuestros semejantes, con objetos físicos, con símbolos significativos, con lugares, culturas, naciones, grupos entre otros. Algunos de ellos relaciones son lazos fuertes personales, otros son nexos más formales e impersonales, invirtiendo una gran energía emocional en las relaciones con otras personas y sufrimos cuando la relación se interrumpe, cesa o se deteriora. Se establecen los eslabones con la finalidad de tener seguridad y protección, dando al individuo la seguridad necesaria para aventurarse al mundo desconocido (Erikson en Plasencia: 1996) y que acontece cuando se recibe amor y afecto.
- Teoría del fin de los papeles sociales o de los roles, los supuestos de esta teoría parte que los papeles sociales se protagonizan en un contexto cultural que cambia con regularidad y en situaciones sociales concretas. En el proceso de envejecimiento se producen cambios significativos en la adjudicación de los papeles sociales. Algunos de estos cambios acontecen en la manera de ejercer el papel social por parte del actor y en otros a los cambios que acontecen en el asumir papeles completamente nuevos.

## 2.5 CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

La revolución de la longevidad es un fenómeno amplio: no sólo la esperanza de vida es mayor sino también el número de longevos. Pero el fin principal, aunado al aumento en las expectativas de vida, debería ser el de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, entendiéndose este como el estado biológico, psicológico, social y económico en que se encuentra una persona (Gonzáles, 1997).

La calidad de vida en la vejez es en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia. La calidad de vida en esta etapa está relacionada significativamente con la autonomía e independencia de la persona. Se han realizado en las dos últimas décadas diversas investigaciones encaminadas a lograr un mejoramiento en la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Correa, et. al., (1993) efectuaron un estudio para establecer un perfil epidemiológico geriátrico, encontrando que más del 65% de los ancianos presenta afecciones físicas -entre las que predominan las del sistema nervioso-, y que más del 45% padece depresión de leve a moderada, debida principalmente a

factores de tipo socioeconómico; en su estudio hacen especial énfasis en la atención primaria de la salud en geriatría y gerontología en lo relativo a los programas integrales de autocuidado.

Brigg y Fuentes (1995) afirman que los resultados de las investigaciones relativas a las personas de la tercera edad resultan en muchas ocasiones deformadas por el hecho de que representan a personas no típicas, seleccionadas, que generalmente viven confinados en hospitales, casas de salud y asilos para ancianos; no obstante, las investigaciones que comprenden a individuos de edad avanzada, sanos, no recluidos, ponen en entredicho muchas de las cosas que se atribuyen míticamente a la vejez.

Ya que la calidad de vida como una categoría socioeconómica y política, se sustenta en un determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y en un sistema de valores sociales que son los que permiten que la vida tenga calidad o no. Con relación a la calidad de vida, algunos autores tales como Fleites (1997) y Ayales (1995), la definen como un proceso que permite a los seres humanos realizar su potencial, generar confianza en sí mismo y llevar una vida digna y plena. Guisti citado por Ayales (1995) lo concibe como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, ocupacional e intelectual que le permite a la persona satisfacer sus necesidades individuales y colectivas. La calidad de vida exige un sin número de factores relativos que contribuyan a la satisfacción de necesidades básicas, de los deseos y aspiraciones, además de las necesidades humanas.

Las habilidades necesarias para cuidar de sí mismo y del entorno próximo son las que se denominan generalmente "actividades de la vida diaria (AVD)", representan un factor crítico para la salud y bienestar de las personas mayores. Su importancia radica en las repercusiones personales sociales y económicas derivadas del fenómeno del envejecimiento interno de la población anciana (OMS, 1984).

Fleites (1997) la define como la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales. Fillenbaum en la misma autora la describe como la capacidad para valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana. Patterson y Eberly en Buendia (1987) las configuran como un conjunto de conductas instrumentales cuya ejecución regular y apropiada es necesaria para el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente.

Un análisis terminológico de las definiciones muestra como concepto clave para la descripción de las actividades cotidianas, la capacidad o competencia del propio individuo para llevarlas a cabo. Por tanto, debe hablarse de habilidades para la vida diaria HVD antes que AVD.

## 2.6 AUTOCUIDADO

### 2.6.1 El contexto del autocuidado.

En el período de crecimiento y desarrollo a lo largo de las décadas de 1950 y 1960, la sociología de la medicina y la sociología en la medicina se centraron en los aspectos relacionados con el sistema de salud profesional estructurado: la organización de la enfermedad y de su tratamiento, con las correspondientes interacciones entre profesional y paciente. Esta actitud refleja la rápida expansión del sistema médico de la sociedad.

La autoridad de los médicos no solía ponerse en duda y el comportamiento del paciente se resumía aludiendo a su "observancia". Mientras tanto, las relaciones de poder inherentes a la relación médico – paciente estaban comenzando a ser cuestionadas por la sociedad. La "medicalización" comenzó a ser un concepto popular, el cual recibió su expresión general en el trabajo de Ivan Illich y al que los detallados estudios de Michel Foucault proporcionaron sus bases históricas. Esta tendencia se reforzó a fines del decenio de 1970, a medida que una investigación cada vez más profunda de la sociología de la medicina dió lugar a una crítica radical del sistema médico con un foco político y económico. Los argumentos fueron adoptados fácil y rápidamente por los movimientos sociales preocupados por los temas de salud y enfermedad. Así, para las feministas, la medicalización del nacimiento y la reproducción humana pasaron a ser un aspecto clave y, en sus términos, el autocuidado expresaba el deseo de autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina.

Por otro lado, los grupos que defendían el bienestar y la autoayuda demostraron que el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes puede abordarse a través del aprendizaje y el apoyo mutuo y no sólo mediante los protocolos médicos, y que muchos que no lo hubieran creído posible son capaces de alcanzar niveles de independencia y autoestima. Este éxito de los grupos de autoayuda pavimenta el camino para una visión más

positiva de las actividades de las personas en beneficio de su propia salud e influyó en las consideraciones sobre el autocuidado.

Desde el descubrimiento del autocuidado éste fue considerado inicialmente como una actividad marginal en los límites del mundo académico. En muchos casos, se consideró políticamente sospechoso, puesto que el hecho de que las personas pudieran hacer e hicieran cosas en su propio beneficio podría traer como consecuencia un recorte de los servicios destinados a los más necesitados y podría implicar una actitud de "culpa a la víctima", concepto que, dicho sea de paso, procedía de la investigación sobre la pobreza. En Europa occidental y del norte, el concepto fue considerado a menudo como una idea conservadora que podría reforzar los argumentos de los que pretendían desmantelar el estado de beneficencia. Al mismo tiempo, el autocuidado y la autoayuda suponían un desafío para la dominación médica. A mediados de los años sesenta, surgió un vivo debate acerca de las diferencias entre el autocuidado y la autoayuda en el que la segunda se consideraba, en general, como "más política" que el primero.

La autoayuda estaba resultando cada vez más atractiva para la sociología política y la sociología de los movimientos sociales, plantando la duda de si debía ser considerada un movimiento social en sí misma o, quizás, incluso un nuevo tipo de movimiento social. Se plantearon preguntas acerca de la importancia política de este renacer de las acciones de las personas a favor de su propia salud, de su negativa a someterse a la autoridad médica, de sus formas de organización mutua destinadas a evitar la jerarquía. También se planteó el problema epistemológico de sí un desafío semejante al conocimiento, la competencia y la autoridad profesional no debería ser tema de una investigación académica seria. El desafío no afectaba solo a la medicina, sino a las ciencias sociales en su conjunto, ya que hay desplazamiento de los paradigmas desde la medicina a la salud, desde la curación a la prevención y desde la atención médica al autocuidado. Así pues, la investigación sobre el autocuidado fue, desde su mismo nacimiento, aporte de un importante debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.

### 2.6.2 El autocuidado como parte de un concepto sobre el estilo de vida.

Dado este contexto, la introducción a principios de los años ochenta de un nuevo programa sobre "Atención de salud comunitaria y alternativa por personal no profesional".

Como parte de un intento global por desarrollar un enfoque de los estilos de vida y la salud produjo una auténtica tormenta. Por ello la Ofician Regional de la OMS para Europa realizó la primera reunión con profesionales e investigadores en el campo de la salud sobre autoayuda y salud. Además, se creó en 1982 el Centro de Información de la OMS sobre autoayuda, con la intención de formar una red de iniciativa en Europa. En 1983 se publicó el resumen sobre la autoayuda en Europa, propusieron la terminología relacionada con el sistema de atención sanitaria por personal no profesional.

Este intento utilizaba el término "atención no profesional" como categoría principal y lo relacionaba en subcategorías tal como autocuidado, cuidado voluntario, autoayuda y servicios alternativos. El autocuidado se definió como "las actividades de salud no organizadas y las decisiones sobre la salud tomada por los individuos, familia, vecinos, amigos, colegas y compañeros de trabajo. Comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad y los primeros auxilios", que se da en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.

Resulta evidente que este intento de definición se hallaba todavía muy influido por las dicotomías entre la autoayuda y el autocuidado y entre el sistema lego y el sistema médico. Sin embargo, también recibía influencias del enfoque conceptual de los estilos de vida y la salud. El argumento principal sobre el que se basaba la terminología suponía que el punto de partida del análisis del autocuidado es el sistema social, con sus estructuras permisivas y restrictivas, es decir, el marco de la vida cotidiana del individuo, en que las personas son consideradas agentes activos. Las actitudes y las conductas relacionadas con la salud se entienden como parte integral del estilo de vida global de la sociedad, el grupo social o el individuo.

Este punto de partida nos permite comprender la salud como un "proyecto social", y con este enfoque, considerar la autoayuda y el autocuidado como fenómenos sociales. También contribuye en el establecimiento de nexos de unión ente los estilos de vida y los requisitos indispensables para la salud. Según Milio (1997) "los estilos de vida son patrones de elecciones /de conducta) hechas a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con que pueden elegir unas y desdeñar otras". En este contexto, el concepto de autocuidado era "la adopción de estilos de

vida saludables", lo que implica que el individuo cuida su propia salud evitando los factores de riesgo, adoptando comportamientos de salud más positivos y vigilándose a sí mismos.

Así pues, el enfoque se centra en la modificación de la conducta por motivos de salud, más que en permitir patrones de vida más sanos por motivos de bienestar. Esta diferencia fundamental, como han destacado Coril et. al., (1998) nos recuerdan los orígenes del concepto de estilo de vida, lo que puede afirmarse para los conceptos funcionalistas de la investigación en autocuidado: la ausencia de nexos con la teoría sociológica global conduce a una utilización excesivamente simplificada y no ponderada de un concepto sociológico y ello puede, a largo plazo, hacer que el término llegue a significar justamente lo contrario de lo que significa en principio.

El enfoque sobre estilos de vida respaldado por la OMS (1998) nos permite considerar el autocuidado como cosas que la gente hace en un determinado contexto. Forma parte del patrón de comportamiento que las personas establecen, se hace más fácil o más difícil en función de las circunstancias culturales y estructurales y depende de la cultura global sobre la salud y la enfermedad y sobre el papel de la medicina en un grupo y sociedad dados. Hoy día estudiar el autocuidado sigue siendo, por tanto, una tarea controvertida. En mi opinión, el planteamiento funcionalista y medicalizado central ha impedido comprender el autocuidado como comportamiento social activo y situarlo firmemente en el seno de una nueva perspectiva.

### 2.6.3 Autocuidado como comportamiento social

Si se parte que el autocuidado es básicamente el conjunto de medidas que toman las personas para mejorar su propia salud y bienestar en el seno de sus actividades cotidianas, en el que la salud rara vez es el marco de referencia más importante, aceptaremos también que estas medidas deben estar relacionadas con los "procesos de estructuración" a los que están sometidas. Giddens (1999) enumera tres procesos básicos: significados, normas y poder. Ello supone que cuando se trata de estudiar las acciones humanas, debemos relacionar dichas acciones con los significados que tienen para las personas, con las normas que las rigen y con el poder de decisión de que se dispone.

Ya que algunos comportamientos se convierten en hábitos, otros suponen conflicto y capacidad de negociación, otros están relacionados con los efectos sobre la salud, otros

implica autoridad sobre terceros, otros autocontrol, otros necesitan empatía y otros exigen disponer de tiempo. Es decir comportamientos de autocuidado y de cuidados a terceros; comportamientos preventivos y promocionales de la salud; autotratamiento y medicación; afrontamiento y provisión social.

El estudio sobre autocuidado dentro de esta perspectiva es complejo, pero ayuda mucho si se utiliza el trabajo teórico y metodológico de la sociología y de otras disciplinas ya que los trabajos hechos en la sociología de la vida diaria proporciona enfoques conceptuales sobre la formas en que las personas entienden y estructuran sus acciones de todos los días, (Bourduieu, 1999). Las distintas sociologías interpretativas, incluyendo "la etnometodología", proporcionan una comprensión más profunda del "significado" de las acciones y comportamientos, (Garfinder, 1998). Las diferentes escuelas de antropología contribuyen de forma especial a la comprensión de los patrones (Douglas, 1997).

Los estudios sobre la mujer y las investigaciones feministas contribuyeron a modelar los conceptos de cuerpo y de nexo entre prácticas de autocuidado y autonomía (Ruzek, 1998). La teoría Básica incrementa la sensibilidad teórica y refuerza la parte exploradora de la investigación.

Además, se tendrá que ahondar el marco funcionalista y adoptar un marco de referencia que "acepte algunas reglas nuevas del método sociológico" tal es el caso de las reglas de Giddens (1999) del cual se destacará tres, por su importancia para la investigación en autocuidado; La producción de la sociedad es una realización cualificada que los seres humanos mantienen y hacen que suceda, ello hace que la investigación sobre autocuidado se centre en las acciones y no en el comportamiento; por otro lado el ámbito de la agencia humana está limitado por estructuras que no solo son restrictivas, sino también puede ser permisivas, ello hace que se indague acerca de la composición de las estructuras "de autocuidado" a través de la acción y acerca de la forma en que la acción de autocuidado está constituido estructuralmente. Los conceptos sociológicos obedecen a una doble hermenéutica: el marco del significado establecido por el esquema teórico generalizado de las ciencias sociales y el marco del significado que le otorgan los propios actores sociales. La tarea fundamental del análisis sociológico consiste en relacionar el marco profano de significado con la construcción teórica que se ha seleccionado.

Por tanto, el planteamiento de la investigación en autocuidado debe ser considerada parte integrante de la investigación sobre estilos de vida basadas en el contexto y el significado y no en la responsabilidad individual. Sin embargo se necesita una perspectiva nueva sobre estilos de vida y promoción de la salud, una perspectiva que los sitúe con firmeza en el contexto de las tendencias sociales más amplia y los defina como el origen y desarrollo inherentemente sociales. La opción es el autocuidado visto desde el contexto de promoción de la salud, ya que se parte de la definición que "la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios par mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúan los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Esta idea de salud y de acciones de salud se direcciona al patrón, contexto y significado: la gente necesita vivir su vida cotidiana, sus acciones tienen reglas y significados en el contexto de su vida cotidiana, sus acciones guardan relación con sus sueños, y con la realidad, algunos forman parte de la rutina, otros se desvían, algunas son impuestas, entre otras. La cuestión es: cómo hacer que la salud sea accesible de una forma que suponga no sólo como resultado, sino como aumento del control sobre su propia vida. Por tanto este estudio abarca todas las acciones que la persona adulta mayor lleva a cabo para cuidar de sí mismo y de su entorno inmediato.

"Carezco de información necesaria", "no comprendo la información", "no creo en la información", "he recibido contradicciones y he decido no molestarme", "tengo miedo a las enfermedades que no quiero saber nada acerca del tema"; "no me han enseñado a que tome en serio mi propia salud" entre otras.

El autocuidado abarca los comportamientos saludables y las condiciones de vida que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, es la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. Por supuesto estamos lejos de alcanzar esa meta, pero esta definición nos permite un marco útil para el estudio de autocuidado. La investigación podría determinar los entornos de apoyo que

refuerzan la independencia, conocer que factores hacen que el autocuidado deje de ser una tarea individual para convertirse en un patrón cultural, que actividades de autocuidado conviene desarrollar, que factores de la organización de los servicios de salud dificultan la práctica del autocuidado. El autocuidado es un potencializador, es una adicción importante a la competencia y habilidad del ser humano ya que la persona es actor competente.

Los ancianos y la organización económica de las sociedades. Mientras las sociedades agrícolas se enfrentan al problema de cómo utilizar su gran número de niños, las industriales tienen que resolver el problema de cómo utilizar el número elevado de personas de edad. El problema no es fácil, especialmente debido a que, dado el gran dinamismo de las sociedades industriales, a sus ancianos no se les considera depositarios vivos de sabiduría y conocimientos, sino que se les tiene por reliquias inútiles del pasado (Cipollo, 1978)

**Conceptualización**

El autocuidado se refiere a un conjunto de comportamientos aprendidos que regulan intencionalmente la integridad de la estructura humana, su funcionamiento y desarrollo. Cuando se efectúan medidas de autocuidado a diario, éstas tienden a convertirse en hábitos que se integran a la vida cotidiana, aunque sus metas y propósitos pueden olvidarse (Orem 1991 y Quintero, 1995). El autocuidado implica la ejecución de acciones dirigidas por la propia persona en la dirección del ambiente con la finalidad de atender sus necesidades propias identificadas, de manera de contribuir para el mantenimiento de su vida, salud y el bienestar. Las prácticas de autocuidado pueden ser desempeñadas, por el mismo adulto mayor, los familiares u otros en el caso de individuos dependientes (Gonzáles, 1995 y Morgani, 1998). Autocuidado, es una responsabilidad personal de su propio bienestar, salud y calidad de vida. Es una adopción de estilos de vida saludable y hábitos de buena salud. Y es un aprendizaje de cómo hacer cambio.

### 2.6.4 Importancia del Autocuidado

El autocuidado tiene que ser integral, para ello, las dimensiones que abarca están en relación con las características de las personas, por tanto se considera entre ellas a la dimensión biológica, psicológica, social, espiritual, cultural, productiva, recreativa, ecológica y sanitaria. Las acciones del autocuidado son necesarias para la vida en sí, para la salud, para el desarrollo

humano y para el bienestar general. Por ello es fundamental la participación activa y de manera corresponsable de la persona en el proceso de atención de su salud, para poder atender sus necesidades identificadas. El desarrollo de la competencia para el autocuidado se torna particularmente importante para la población anciana, una vez que sus necesidades de salud sufren continuas modificaciones, especialmente a lo largo del proceso de envejecimiento, requiriendo prácticas siempre renovadas de cuidados de la salud. En este sentido se concibe al mayor, que se autocuida, como un ser integral, que conoce sobre salud, bienestar y desarrollo, aplicando dichos conocimientos en todas aquellas acciones y decisiones que realiza para autocuidarse

Orem (1991) en su Teoría del Autocuidado, propone que éste es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales. Ella afirma que una persona es autoeficiente e independiente sólo cuando es capaz de realizar exitosamente las acciones necesarias para producir el resultado deseado y puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado.

**2.6.5 Esferas del autocuidado**

Se propone las dimensiones consideradas por Orem, (1991)

1ra **esfera universal**, es requerida por todos los individuos a lo largo de su vida, considera que todas las personas tenemos las mismas necesidades tales como mantenimiento de un ingreso suficiente de aire, mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y de alimento. Provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos, equilibrio entre actividades y descanso así como entre la soledad y la comunicación social. Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar. Y la promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de grupos sociales, de acuerdo con las capacidades, las limitaciones y deseo de ser normal con las normas del grupo.

2da esfera **asociada al proceso del desarrollo,** enfatiza que sobrevienen específicamente en un período dado del ciclo vital, se requiere de determinados cuidados en el embarazo, la lactancia, la infancia, la adolescencia, la edad adulta, la menopausia y la andropausia, el envejecimiento y la muerte. Además considera el suministro de cuidados para mitigar o vencer dichos efectos que resultan de la

privación de la educación, de la adaptación social, de los fallos de la individualización sana, de las pérdidas tanto de personas, de posiciones o seguridad, a los cambios de ambientes desconocidos, problemas asociados con la posición social, a la mala salud o invalidez, condiciones opresivas de vida y enfermedades que terminan con la muerte y la muerte cercana.

3ra esfera los derivados de **las desviaciones de salud**, donde manifiesta que existen alteraciones que se presentan en la vida con las cuales hay que tomar ciertas atenciones. Tienen su origen en los procesos de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. Tales como enfermedad bajo diagnóstico y tratamiento médico, dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud, y las condiciones que limitan la movilidad física. Dentro de los requisitos se considera la responsabilidad de la búsqueda y asistencia médica adecuada, conciencia y responsabilidad de la salud y enfermedad así como de las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación. Aceptación de un estado especial de la salud y de cuidado sanitario y el aprendizaje de vivir con los efectos patológicos, diagnósticos y tratamientos médicos.

**2.6.6 Metodología del autocuidado (según Dorothea Orem)** Esta metodología sigue las siguientes pasos:

***La valoración*** considera las exigencias que se le imponen al individuo para el autocuidado y la capacidad para cumplir con estas exigencias, determinan las intervenciones. Si existe déficit de autocuidado, se tiene que determinar los motivos de este déficit, el estado y el potencial de la persona le permite a comprometerse sin riesgo para restablecer en el futuro el autocuidado.

***Objetivo*** es el restablecimiento del equilibrio entre las habilidades y las exigencias de autocuidado.

***Planificación: Intervenciones*** según situación Sistema de compensación total, Sistema de compensación parcial y Sistema de apoyo educativo.

***Evaluación***: El logro o falta del mismo por parte de la persona entre el equilibrio habilidades y las exigencias de autocuidado, debe destacar claramente el compromiso de autocuidado.

### 2.6.7 Principios generales

- El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de mantener un control individual sobre su propio patrón de vida. (responsabilidad de participar en la atención)
- Independientemente de la incapacidad (handicap), se debe proporcionar a la persona intimidad y debe tratarse con dignidad mientras se lleva a cabo las actividades de autocuidado.
- El autocuidado no implica permitir a la persona que haga cosas por sí mismo según lo planifica el agente, sino animar, orientar y enseñar a la persona para que haga sus propios planes en función de la vida óptima.
- La movilidad es necesaria para satisfacer las necesidades de autocuidado y mantener una buena salud y autoestima.
- La incapacidad para llevar a cabo el autocuidado de una forma autónoma produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo.
- Al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta el autoestima.
- La incapacidad del autocuidado puede producir negación, enojo y frustración. Emociones que han de reconocerse.
- Durante un período limitado de tiempo es aceptable depender de los otros para que proporcionen las necesidades básicas fisiológicas y psicológicas.
- La regresión de la capacidad para realizar el autocuidado puede ser un mecanismo de defensa ante las situaciones amenazantes o peligrosas.

## 2.7 EL ENTORNO SOCIAL

Para una persona adulta mayor el entorno social puede significar más que vivir bajo el mismo techo, lazos afectivos, de apoyo, seguridad, compañía entre otros. El entorno social incluye parientes, vecinos y amigos en su núcleo familiar. Este se puede conformar debido a que él no tiene o los hijos viven largo, o están alejados por conflictos durante sus vidas o por ciertas situaciones. Esto depende de la historia familiar, sobre el cuidado de los ancianos en la familia, el aspecto cultural y la situación actual de los miembros de la familia ( Hooker, 1990 y Lacroix, 1992).

### 2.7.1 Importancia del entorno social para las personas adultas mayores

Para muchas personas adultas mayores la existencia de un entorno social organizado, es el apoyo más importante en sus vidas, ya que éste provee algunos o todos los recursos, cuidados y contactos sociales que determinan la vida del anciano en su propio hogar así como la calidad de sus vidas (Lacroix, 1992). El entorno social en la mayoría de los casos adquiere el rol de auxiliar, ayudando al anciano en sus necesidades tanto afectivas como tareas instrumentales. Por ello pueden responder rápidamente a las necesidades del mayor y relacionarse afectuosamente a través de los años. La capacidad para asumir el rol de auxiliar depende de muchos factores como: recursos, tiempo, energía, disponibilidad entre otros.

### 2.7.2 Valores y Experiencias del entorno social con personas adultas mayores.

Algunos miembros del entorno social son cariñosos y brindan apoyo mientras que otros no se ocupan de la persona mayor. No hay una manera específica de cómo se relacionan las personas adultas mayores con el entorno social, algunos juegan un papel importante en la estructura del entorno social mientras que otros no. La mayoría de ellos buscan en su entorno social apoyo cuando tienen problemas y/o en momentos de crisis y esperan que los ayuden mientras que otros no consideran al entorno social como centro de apoyo (Hooker, 1990).

### 2.7.3 Información del entorno social sobre el proceso de envejecimiento

El desconocimiento sobre el proceso del envejecimiento es muy común por ello son pocas las personas del entorno social que tienen conocimientos al respecto, mientras que otras no lo comprenden La adaptación del entorno social al deterioro de la persona adulta mayor puede ser un proceso inmediato o a través de mucho tiempo. El proceso comienza cuando el mayor no se puede manejar independientemente. En este estado el entorno social debe mantener al anciano de manera que todos se sientan bien tanto él y los miembros de la familia (Gómez, 1992).

Los miembros del entorno social que han identificado las necesidades de los mayores y sus recursos disponibles, están claros en las expectativas y han hecho un compromiso, tienen que realizar condiciones y adaptaciones en su hogar. Esto los lleva a operar cambios basados en la nueva estructura debiéndose adaptar sus expectativas y planes a la realidad de la situación que están viviendo y al mismo tiempo establecer un balance en la vida del entorno social.

### 2.7.4 Condiciones y adaptaciones en los estilos de vida

El envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos. Cada individuo es el artífice de su destino personal, ya que elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez (pensar, sentir), de adaptarse y actuar dentro del marco definido de la sociedad (Ponce, 1998).

El mismo autor afirma que gran parte de las penurias físicas, económicas y psicosociales que acompañan el envejecimiento, no son atribuible a la edad per se. Si no que es producto de la forma en que está estructurada la sociedad dificultando a las personas que envejecen la satisfacción de sus necesidades, y restringiéndoles las oportunidades de desarrollar sus potencialidades coartándoles la iniciativa y la posibilidad de ejercer una vida plena. Y cabe destacar que las declinaciones de las habilidades y capacidades se debe más a la falta de entrenamiento y al abandono de la actividad que al proceso de deterioro biológico propiamente dicho.

Por tanto, la persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. Cuando el resultado es positivo, la persona se sentirá en paz consigo misma y con quienes la rodean; experimentará un sentimiento de armonía y de plenitud. Se hará responsable de su vida y será capaz de darle un cierre con la vivencia de haber cumplido su misión. De ser así, la vejez, junto con sus limitaciones, abre la posibilidad de desarrollar nuevas virtudes: una mayor capacidad de reflexión y una perspectiva más serena para juzgar la realidad, menos exigencias y más aceptación, menos pasión y más comprensión.

Además, será capaz de asumir cambios, seguir desarrollando las propias potencialidades y comprometiéndose con la vida, seguir produciendo y creando. Para sentirse satisfecho, debe interesarse por lo que ocurre en el mundo, tener un conjunto de actividades que realizar y un propósito o un proyecto de vida que cumplir, siendo más tolerantes a las condiciones de vida y saber vivir.

### 2.7.5 Entorno físico: Condiciones y adaptaciones de la infraestructura de la casa

La acepción común de la vejez destaca la disminución de los niveles de autonomía, los déficits en los roles sociales, la disminución del bienestar, así como condiciones inevitables,

todo ello disminuyendo un óptimo nivel de competencia en el desempeño individual, y sobre todo, en el nivel en la relación social. Esto también ocurre especialmente con el medio físico. De tal forma que el medio físico se convierte en un incisivo agente estresante que influye en la interacción efectiva entre la persona mayor y el espacio, pero también entre las personas adultas mayores con otras personas; dificultando el cumplimiento de las propias metas y constituyéndose en un factor de riesgo (Gonzáles, 1997)

Con el fin de que la persona adulta mayor siga permaneciendo en su propio hogar mientras sea posible, se recomienda que la vivienda sea privada pero con proximidad a casas de los parientes, es decir tener "intimidad a distancia" cercana de personas que puedan ofrecer seguridad

## 2.8 PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Programa de Salud de los Ancianos, que forma parte de la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS, considera que todo programa de promoción de la salud dirigida a las personas adultas mayores debe incorporar como ejes básicos seis principios relativos a la salud del anciano (Restrepo, 1994).

- La vejez no es una enfermedad sino una etapa evolutiva de la vida
- La mayoría de las personas de 60 años y más, están en buenas condiciones físicas y su salud es buena, pero al envejecer pierden la capacidad de recuperarse de las enfermedades en forma rápida o completa y se vuelven más propensas a debilitarse y a necesitar ayuda para su cuidado personal.
- Se puede fortalecer la capacidad funcional en la vejez mediante capacitación y estímulos o evitando los factores vinculados con la mala salud.
- Desde el punto de vista social y psicológico las personas de edad avanzada son más heterogéneas que los jóvenes
- La promoción de la salud en la vejez debería encaminarse a la estimación de un buen funcionamiento mental, físico y social, así como a la prevención de enfermedades y las discapacidades.
- Muchas medidas que afectan la salud de las personas en edad avanzada trasciende el sector salud; sin embargo el personal de salud y de bienestar social, está en condiciones de propiciar cambios dentro y fuera de su ámbito de trabajo.

Asimismo señala Jiménez (1990) que dichos programas requieren de medidas concertadas de diversas personas y entidades en tres niveles: a nivel individual correspondería el cuidado personal, atención informal y atención formal. A nivel local, las autoridades locales: vivienda, educación, servicios sociales y transporte; autoridades sanitarias; comités locales de salud e instituciones benéficas. A nivel nacional (planificación y financiamiento) dependencias del gobierno central, organismos asignados a ciertos fines, instituciones de beneficiencia y organización del sector privado.

La promoción de la salud de las personas adultas mayores debe tener en cuenta la naturaleza biológica, psicológica, sociocultural y espiritual de estos, en su constante interacción con el ambiente y extendido en el tiempo y espacio. Estas particularidades deben ser consideradas en el momentos de diseñar las acciones que promuevan la salud, que atiendan sus problemas en general y de la salud en particular. En la medida en que la salud y el bienestar de las personas adultas mayores dependen en gran parte de los estilos de vida que hayan adoptado antes, las acciones tendientes a obtener su bienestar deben iniciarse en edades previas y mantenerse a lo largo de la vida (Salas, 1994).

Salas, (1990) y Quinteros, (1994) postulan que dentro de las recomendaciones de prevención, están los hábitos de salud, los controles médicos y las evaluaciones funcionales de la vida diaria, de la salud mental y psicosocial.

El Plan Estratégico del Sector Salud del Gobierno de Costa Rica del período 1994-1998, tiene por finalidad otorgar mayor bienestar y lograr un desarrollo sostenible en democracia. Aquí la Promoción de la salud es entendida no sólo como información o educación en salud, sino como acción destinada a crear condiciones de bienestar dentro de las líneas estratégicas de creación y sostenimiento de ambientes saludables, estímulos a comportamientos y estilos de vida saludables, generación de políticas públicas saludables, impulso y creación de legislación favorable para la salud, la organización y participación comunitaria y la reorientación de los servicios de salud

Dentro de la acción destinada a crear condiciones de bienestar está el autocuidado como aspecto educativo en cuanto al desarrollo de habilidades personales y de la adquisición de

habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud y una dimensión fundamental de la calidad de vida.

La nueva concepción de la salud plantea la multifactorialidad de los elementos que la determinan, y la complejidad del proceso del envejecimiento en los adultos mayores sanos o enfermos. En el ámbito familiar, comunitario e institucional la práctica de este enfoque exige que la atención que se le brinde al mayor, se realice utilizando criterios de coherencia y continuidad. Por ello se requiere del aporte de la familia o de las redes de apoyo para ayudarlo a restaurar, solucionar y encauzar sus dificultades de salud y promover el bienestar entre él y su entorno.

La capacidad de iniciar y sostener esfuerzos de autocuidado está en relación con el tipo de autocuidado que se necesita, con las condiciones externas y con los factores internos que afectan la posibilidad de hacer las acciones intencionalmente. Por ello si en determinado momento, los adultos mayores no son capaces, por sí solos, de cambiar las prácticas viejas o añadir nuevas, es necesario un reaprendizaje. Para esto se requiere la participación activa de la familia, amigos y de los miembros de la comunidad, en el fomento de actitudes que promuevan la salud y la autonomía del adulto mayor.

Por tanto, se les debe brindar oportunidades para que participen normalmente en actividades de la sociedad y contribuyan a ella, siempre que estén dispuestos y sean capaces de hacerlo. En base a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Federación Internacional de la vejez, proclama que los derechos de las personas mayores están relacionados a la independencia (que cubre necesidades básicas de subsistencia, educación, empleo, y ambiente); la participación (integración a la sociedad, impartiendo o prestando servicios); cuidados (de la familia y del estado); plenitud humana (desarrollar sus potencialidades y acceso a educación, cultura); dignidad (ser tratadas con equidad, tener seguridad y ejercer autonomía). Son responsabilidad de las personas adultas mayores permanecer *activas, aprender y aplicar principios sanos* (física y mental), actualizar conocimientos, impartir conocimientos, participar en la vida cívica, buscar y desarrollar formas de prestar servicios a la comunidad y adoptar sus propias decisiones.

Para lograr esto, la educación que se imparta debe ser con un modelo andragógico, que parte de la realidad del adulto mayor, que es un método activo, participativo, creativo, flexible, innovador, transformador y el aprendizaje esta condicionado a las características biológicas, psicológicas, culturales y sociológicas de cada una de las personas adultas mayores.

Por otro lado el proceso de aprendizaje de su propio autocuidado está estrechamente vinculado con la motivación. Así mientras más importantes, más significativos y aplicables sean los nuevos conocimientos para la vida del adulto mayor, más alta será su motivación y deseo de autocuidarse. Apreciando y valorando su participación en éste. Estas prácticas ayudarán a mejorar su contacto con la realidad, con el presente, con el pasado y con la perspectiva futura, favoreciendo en el adulto mayor su convivencia social.

## 2.9 ANDRAGOGÍA

Según Adams citado por Solano (1995) refiere que la andragogía como ciencia de la educación de adultos es un proceso dinámico, activo, real, concreto y fundamentalmente práctico; por lo tanto, el proceso andragógico no consiste en depositar conocimientos, sino en desarrollar el pensamiento y la creatividad del adulto a través de metodologías participativas que permitan el logro de los objetivos planteados. En consecuencia, los aspectos metodológicos representan un aspecto importante en la educación de adultos ya que se toma en cuenta los procesos sociales y del trabajo donde participa real y efectivamente el adulto.

Si la metodología andragógica tiene su campo particular, debe hacerse énfasis en aquellos aspectos que se refieren al proceso de orientación–aprendizaje y, que conducen a enriquecer los conocimientos culturales, profesionales o sociales del adulto mediante la autoformación, autoeducación o autoaprendizaje.

La misma autora manifiesta que Adams establece tres principios básicos sobre los cuales se fundamenta la metodología andragógica.

En el primer principio, la metodología andragógica toma en cuenta la madurez funcional o sea, la capacidad de ser adulto ya estructurado para aprovechar sus potencialidades en función de su mejoramiento integral. El segundo principio, toma en cuenta la teoría del interés. Los intereses de los adultos están ligados íntimamente a necesidades inmediatas. El

adulto no requiere de factores artificiales para comprender las necesidades de adquirir nuevos conocimientos o de mejorar los ya adquiridos.

Para satisfacer las necesidades educativas de los adultos es necesario sostener los intereses que motivan todo esfuerzo por adquirir nuevas experiencias.

Los métodos que contribuyen al proceso de orientación-aprendizaje deben tomar en cuenta los intereses que mueven a los adultos a adquirir nuevos conocimientos y habilidades, con el fin de mantener esos intereses que motivan y conforman los diversos procesos vitales que le son inherentes en su desenvolvimiento, tales como: mejoramiento económico, posición social, reconocimiento, entre otros.

El tercer principio se fundamenta en enriquecer y perfeccionar las experiencias, habilidades y destrezas adquiridas. Para el adulto, axiológicamente, la experiencia constituye un valor fundamental. La experiencia es producto resultante de vivir, de confrontar situaciones y de practicar los conocimientos teóricos. Para los adultos es requisito esencial en el proceso de orientación-aprendizaje, suministrar experiencias capaces de enriquecer las propias, y desarrollar las aptitudes que tienen, con el propósito de que hagan un uso provechoso de ellas, con el fin inmediato. El adulto persigue en su proceso educativo, utilitarismo rápido y efectivo. Estudiar para el adulto, significa buscar experiencias nuevas que le permitan darle una nueva condición y función en su vida social y laboral.

Estos principios en que se basa la metodología andragógica, nos conduce al estudio y selección adecuada de los métodos, procedimientos y formas de ayudar a la persona adulta a adquirir nuevos contenidos culturales y tecnológicos que engendra nuestra época y a aprender las nuevas formas de organización social que le permitan el proceso de autorrealización, que le sitúe en una posición de bienestar y satisfacción de sus necesidades e intereses de todo género.

Concepto de estrategias metodológicas.- Conjunto de conocimientos técnicos e instrumentos estructurados, con base en los principios del aprendizaje, a través de los cuales el facilitador estimula la participación activa de los adultos y asegura el logro de los objetivos programados. Son técnicas particulares que utiliza el facilitador y que tienen un carácter eminentemente didáctico; se refiere a las formas diversas del aprendizaje en relación con el logro de los objetivos de los adultos mayores.

Selección de las Estrategias metodológicas.- La selección de las estrategias o técnicas, dependen del contenido, de los objetivos y de las características y experiencias de los participantes.

Las estrategias metodológicas que requieren comportamiento activo de los participantes, son más exitosas que las que implican comportamiento pasivo. Según Brunner citado por Solano (1995), en la selección de las estrategias metodológicas se ha de tomar en cuenta que:

- El aprendizaje es un proceso activo y los adultos prefieren participar activamente; por consiguiente, las técnicas o estrategias que tomen en cuenta la participación activa lograrán más aprendizaje y más rápido.
- El aprendizaje en grupo es más efectivo que el aprendizaje individual; por consiguiente, las técnicas basadas en participación del grupo son más efectivas que las que tratan a los individuos como unidades aisladas.
- El aprendizaje que se aplica inmediatamente se retiene por más tiempo, que aquel que no tiene uso inmediato: por consiguiente, las técnicas que deben usarse son las que animen la inmediata aplicación del nuevo material en una forma práctica.
- El aprendizaje debe ser fijado, para lo cual han de utilizarse técnicas que procuren ese objetivo.
- El aprendizaje de materiales nuevos se facilita cuando se relaciona con lo que ya se conoce; por consiguiente, deben utilizarse técnicas que ayuden al adulto a establecer una relación e integración de los materiales.
- Deben hacerse detenciones periódicas en el ritmo del aprendizaje, para asegurar un progreso continuo; por ello, deben cambiarse con frecuencia las técnicas en determinadas sesiones.
- El aprendizaje resulta más fácil cuando el participante tiene conciencia de sus progresos; por lo tanto, deben utilizarse técnicas que brinden la oportunidad de una autoestimación o autoevaluación.

# MÉTODO

En este capítulo se aborda el tipo de investigación desarrollada, la descripción de las personas participantes en el estudio y estrategia metodológica seguida.

## 3.1 Tipo de investigación

El problema investigativo y la forma en que se buscó respuesta a las interrogantes planteadas sobre el significado y práctica del autocuidado en las personas adultas mayores de Barva de Heredia, ubicó el estudio en el enfoque cualitativo de investigación, desde el cual se optó por el método fenomenológico y como teoría para el análisis se usó el interaccionismo simbólico.

Se seleccionó el enfoque cualitativo porque permite analizar el significado y la práctica del autocuidado que le dan en su vida cotidiana las personas adultas mayores, es decir la forma de pensar y de actuar desde la perspectiva de dichas personas. Dado que este busca la comprensión de los hechos, así como el significado que el ser humano le asigna a sus acciones. Se parte de que las personas ven las situaciones tal y como las expresan (Smith, 1983).

Al respecto, Taylor y Bogdan (1992) afirman que los métodos cualitativos permiten ver a los sujetos de manera personal e identificar sus propias definiciones del mundo. La producción de los datos descriptivos, son tomados con las propias palabras de las personas habladas o escritas y según la conducta observable.

La existencia de múltiples realidades, deben ser estudiadas en forma holística y captadas tal como se presentan, tanto en su concreción como en su totalidad. Donde el fenómeno del autocuidado es considerado textualmente y las acciones son comprendidas en término de procesos que le dan forma y son parte de ella. La base humanista del método, buscó la comprensión de los diferentes aspectos humanos de la vida en los hechos cotidianos (Martínez, 1997).

> "En el paradigma cualitativo los individuos son conceptualizados como agentes activos en la construcción y determinación de las realidades que encuentran por tanto no conciben al mundo como una fuerza exterior,

# CAPÍTULO III

# MÉTODO

En este capítulo se aborda el tipo de investigación desarrollada, la descripción de las personas participantes en el estudio y estrategia metodológica seguida.

## 3.1 Tipo de investigación

El problema investigativo y la forma en que se buscó respuesta a las interrogantes planteadas sobre el significado y práctica del autocuidado en las personas adultas mayores de Barva de Heredia, ubicó el estudio en el enfoque cualitativo de investigación, desde el cual se optó por el método fenomenológico y como teoría para el análisis se usó el interaccionismo simbólico.

Se seleccionó el enfoque cualitativo porque permite analizar el significado y la práctica del autocuidado que le dan en su vida cotidiana las personas adultas mayores, es decir la forma de pensar y de actuar desde la perspectiva de dichas personas. Dado que este busca la comprensión de los hechos, así como el significado que el ser humano le asigna a sus acciones. Se parte de que las personas ven las situaciones tal y como las expresan (Smith, 1983).

Al respecto, Taylor y Bogdan (1992) afirman que los métodos cualitativos permiten ver a los sujetos de manera personal e identificar sus propias definiciones del mundo. La producción de los datos descriptivos, son tomados con las propias palabras de las personas habladas o escritas y según la conducta observable.

La existencia de múltiples realidades, deben ser estudiadas en forma holística y captadas tal como se presentan, tanto en su concreción como en su totalidad. Donde el fenómeno del autocuidado es considerado textualmente y las acciones son comprendidas en término de procesos que le dan forma y son parte de ella. La base humanista del método, buscó la comprensión de los diferentes aspectos humanos de la vida en los hechos cotidianos (Martínez, 1997).

> "En el paradigma cualitativo los individuos son conceptualizados como agentes activos en la construcción y determinación de las realidades que encuentran por tanto no conciben al mundo como una fuerza exterior,

objetivamente identificable e independiente de las personas," (Filstead en *Cook* y Reichadt, 1986: 62).

Por tanto los sujetos participantes en esta investigación se eligieron por sus cualidades, entendidas éstas por las diferencias, las características y las especificidades que presentan. Se hace referencia a estas características por considerarlas que tienen estrecha relación con el proceso que se siguió en el presente estudio. No se pretendió con éste establecer generalizaciones por medio de sus resultados. Para lograr explicar el qué y el por qué se requirió una interacción de aprendizaje entre la investigadora y las personas sujeto de estudio en la investigación y en el contexto cotidiano de acción (Smith, 1983).

Al estudiar el autocuidado, el significado en las personas adultas mayores es fundamental como fuente de conocimiento y para la práctica del mismo. Es precisamente el significado que ellos y ellas tienen el que se ve integrado en su práctica cotidiana. De allí que la experiencia de autocuidado comprenda las dimensiones biológica, psicológica, social, espiritual, cultural, productiva, recreacional, ecológica y sanitaria. Es decir que los cambios del proceso de envejecimiento conllevan aprendizajes que tienen que ver con la forma en que las personas adultas mayores piensan y actúan.

El interés de este tipo de investigación se centró en el desarrollo de un cuerpo ideográfico de conocimientos que describió los casos individuales, dado que la realidad es compleja y en cada situación se entreteje una variedad de condicionantes. Por ello en esta investigación se siguió un modelo de estudio de casos, por cuanto se dirigió a la comprensión del sujeto en su totalidad como ser humano; al hacer un análisis profundo del caso individual se tomó en cuenta la situación y su evolución. Se puso interés en las condiciones de vida del sujeto y en el modo en que intenta enfrentar el futuro. Se fundamentó en los relatos o discursos del sujeto, reacciones y observaciones en el curso, en la relación que se estableció con las personas adultas mayores, con el fin de comprender y explicar sus particularidades (Pérez, 1998 y Delgado, 1998).

Los mismos autores refieren que los datos deberán ser recolectados a través del contacto prolongado con las personas adultas mayores en sus propios hogares. Siguiendo las recomendaciones metodológicas en este tipo de investigaciones, se elaboró un registro detallado de lo que se oía y observaba en el contexto de la vida cotidiana. La sistematización

de la información se inició desde el primer contacto con las personas adultas mayores sujetos de estudio, en la medida que se fue teniendo acceso, de tal forma que se efectuó una recolección, sistematización y análisis continuos.

La investigación cualitativa es inductiva, por tanto es inherentemente exploratoria, busca el descubrimiento más que la verificación. Partiendo de la recopilación de la información, se extrajo los conceptos, intenciones y niveles de comprensión, puesto que no se trató de validar hipótesis, modelos o teorías preconcebidas, (Bryman, 1984 y Taylor y Bogdan, 1992).

Para Smith, 1983; Bryman, 1984; Harding, 1987; Thompson, 1990 y Colás, 1998 la selección del enfoque investigativo tiene que ver directamente con la posición espistemológica. La forma de acercarnos a ese conocimiento y el interés de lo que se quiere conocer, es básica en la escogencia congruente del método que nos permita el acercamiento.

La característica de la investigación biomédica según Coril, et. al., (1998) se basa en los conceptos funcionalistas. Para estos autores el autocuidado es un comportamiento social cuyo propósito fundamental es el empoderamiento de las personas adultas mayores del conjunto de medidas que deben tomar para mejorar su propia salud y su bienestar en el seno de sus actividades diarias.

La perspectiva espistemológica y ética de la investigación nos llevó hacer uso de la investigación como herramienta para conocer la realidad del autocuidado de las personas adultas mayores, realidad que culturalmente se ha ignorado o negado la capacidad de ser conocedores o agentes de conocimiento.

El método adoptado en este estudio es el fenomenológico, ya que se estudió los fenómenos tal y como se presentaron. La fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia; debido a ello el fin de la fenomenología no es describir un fenómeno singular cuanto descubrir de él la esencia válida universalmente y útil científicamente (Beltrán y Col., 1998).

Para los fenomenológos, según Taylor y Bodgan (1990) la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que la gente define el mundo. Las vivencias de las

personas tienen un significado para ellas. El método fenomenológico permite entender la subjetividad y la construcción de la vivencia del autocuidado como estrategia importante para la vida de la persona.

Según Colás (1998: 233) los objetivos de investigación se centran en el significado de la experiencia humana (fenomenología) y la comprensión de las acciones en el contexto (hermeneútica). Los objetivos científicos son descubrir temas o enfoques que se manifiestan como ilustraciones o percepciones que tienen los sujetos del mundo y a través de ellos establecen patrones interpretativos.

La fenomenología se basa en un lenguaje descriptivo con el propósito de descubrir la experiencia humana mediante la reflexión y así poder obtener las formas genuinas y verdaderas de los pensamientos. Se hace indispensable conocer la experiencia humana, considerando que cuando las estructuras son aprendidas en la conciencia, estas otorgan el significado de lo vivido por los participantes y permiten al interpretar, comprender lo que ocurre en el contexto de referencia. Las interpretaciones que crean un estado de opinión, son importantes para explicar comportamientos, actitudes y posicionamientos.

En busca de las percepciones que las personas manejan, "el procedimiento metodológico fue oír y ver detalladamente muchos casos similares o análogos, describir con minuciosidad cada uno de ellos y elaborar una estructura común representativa de esas experiencias vivenciales". Para realizar la investigación se siguió los pasos propuestos por Martínez (1994).

El primero, fue la etapa previa donde se clarificaron los supuestos, aquí se explicitó los supuestos de partida que reflejaban la posición teórica. Se partió de que en cada tema que se abordó ideas, valores, creencias, actitudes, presentimientos, intereses, conjeturas e hipótesis. La segunda, la etapa descriptiva del fenómeno en estudio, ésta fue lo más completa y menos prejuiciada posible, por tanto se describió la elección de las técnicas y la forma de la recolección de la información, así como se elaboró el documento con la información proporcionada por cada informante.

La tercera etapa, la estructural, consistió en el análisis de las descripciones que se obtuvo con las guías aplicadas. Para ello fue necesario realizar una lectura general de toda la

información obtenida, con el propósito de revivir y de reflexionar acerca de la situación de cada sujeto de estudio. Luego se hizo la delimitación de las unidades temáticas naturales, identificando las variaciones en los tópicos que tenían significado para la persona. Posteriormente se determinó el tema central que dominaba cada unidad temática y la expresión del tema en lenguaje científico para finalmente integrar todos los temas centrales en una estructura descriptiva.

La última etapa, la discusión de los resultados, en este momento se realizó una comparación de los resultados obtenidos con los resultados de otros estudios con el propósito de identificar, contraponer y entender las diferencias para enriquecer el conocimiento en este campo específico.

La perspectiva teórica que enmarcó el análisis del presente estudio fue el interaccionismo simbólico, ya que éste proporcionaba conceptos fundamentales que explicaban la relación entre la persona, sociedad y la cultura en el contexto histórico; además considera a la persona como ser pensante y actuante, así como la importancia del lenguaje en la construcción del significado y la simbología social.

El contexto social es para los seres humanos, la sociedad y la cultura. Por ello las personas actúan con base en la simbología, la cual les da la capacidad de tener autoconciencia y lograr el control de la conducta (Hewitt, 1988). Para el interaccionismo simbólico, la persona ocupa un lugar central; pero la sociedad y la cultura determinan los límites sobre lo que la persona puede hacer o no, además que controla la capacidad creativa y la novedad en la conducta de las personas

Al ser las relaciones e interacciones humanas el centro del interaccionismo simbólico, con justa razón debe tomarse en cuenta las relaciones de poder y la jerarquía genérica durante la etapa de la vejez, para visualizar a los hombres y mujeres personas adultas mayores como creadoras de significados y símbolos válidos socialmente.

Por ello, se puso especial interés en la interacción entre la persona y su mundo, destacándose en esta relación la habilidad de la persona para interpretar y actuar en ese contexto. En este sentido el actuar e interactuar unas personas con otras crea patrones de

relación y estas relaciones son mantenidas o cambiadas por medio de la interacción simbólica entre los individuos en donde el lenguaje y la práctica asumen un papel muy importante.

Por otro lado Ritzer (1999) y Hewitt (1988) manifiestan que el interaccionismo simbólico define a las personas como dinámicas y creativas, seres libres y transformadores, caracterizados por tener autoconciencia y por el uso de símbolos. Las personas tienen la capacidad de interpretar indicaciones de otras personas y al mismo tiempo de elaborar sus propios códigos de comunicación, cada ser puede establecer comunicación consigo mismo así como con otras personas.

Las personas están construidas por "sí mismas" entendido como la capacidad de pensar, imaginar, reflexionar, planear, decidir y actuar y por "una mente" como la capacidad de interpretar significados y el proceso por medio del cual la persona conversa consigo misma sobre el significado de su situación. El sí mismo representa la estructura integrada por el autoconocimiento y la autovaloración (Franklin, 1982) y está formada por una parte consciente (el mí, representa la conformidad y control social) y otra inconsciente (el yo, da sentido de libertad subjetiva); ambas partes se conjugan con la capacidad mental dando como resultado la individualidad de cada persona (Ritzer, 1999). La mente como capacidad de interpretar significados tiene doble función: por un lado se ve como un proceso social en el sentido que requiere de conocimiento, entendimiento de la simbología y el significado social y por otro lado la persona requiere de una introspección para discernir e interpretar ese significado a fin de actuar

El hilo conductor de este estudio fue la práctica que tienen las personas adultas mayores del Cantón de Barva, Heredia sobre el autocuidado y el significado que ellos dan a las acciones que realizan. De esta forma se analizó y se observó la situación individual del autocuidado de las personas mayores participantes en el estudio.

### 3.2 Sujetos de estudio.

Los sujetos participantes fueron 8 personas adultas mayores del Cantón de Barva, de Heredia, Costa Rica. La selección se hizo intencionalmente considerando cada sector sanitario, a partir del archivo de fichas familiares y de tamizajes de COOPESIBA que permitió ubicarlos en su domicilio. Cuatro fueron mujeres y cuatro hombres. Mostraron

muchos deseos de cooperar con el estudio. Al plantaerles el anonimato, solicitaron que se utilizara sus lugares de procedencia.

Todas las personas participantes viven en su entorno social, tienen independencia en actividades de la vida diaria. Anzola, (1996) en el ámbito mundial y Martínez (1998) en el ámbito de Costa Rica, refieren que sólo el 10% de los adultos mayores se encuentran institucionalizados y 5% de la población vive sola. Por otro lado su desempeño en la vida cotidiana no está condicionado a normas y reglamentos impuestos, sino que su comportamiento es resultado de sus propias costumbres o hábitos. En caso de requerirse de modificación o cambio de hábitos saludables es importante el apoyo del entorno social, además la tendencia mundial es promover la permanencia de las personas mayores en sus propios hogares (De Debuchy, 1994; Gutiérrez, 1995 y Ortíz, 1998).

## 3.3 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para el logro de los objetivos propuestos, el procedimiento seguido comprendió las siguientes etapas:

**Primera Etapa: Confección del Proyecto de Investigación**

La elaboración del proyecto permitió reflexionar sobre qué investigar, cómo hacerlo y para qué hacerlo; la posición sobre el abordaje de la investigación se hizo partiendo de la reflexión de mis motivaciones y recursos para realizar el estudio con el enfoque cualitativo y en el tema de autocuidado.

Para ello fue necesario efectuar una pesquisa bibliográfica (bibliotecas especializadas y centros de información por medio de los diferentes medios disponibles) para revisar publicaciones, cursos e investigaciones, lo que ayudó a definir la situación actual de la persona adulta mayor en el país y en el ámbito internacional, así como para conocer estudios relacionados con el tema de autocuidado e investigación cualitativa.

Una vez que se tuvo la mayor cantidad de sustento teórico se realizó la:

a. **Definición conceptual de los elementos o términos** que conforman los objetivos de la presente investigación, los cuales son:

- ***Significado de autocuidado***.- Es la manifestación de un conjunto de ideas que tiene la persona adulta mayor del cantón de Barva-Heredia sujetos de estudio, en las dimensiones de interés primordial para el autocuidado.
- ***Prácticas de autocuidado***.- Es el conjunto de actividades que realiza la persona adulto mayor del cantón de Barva-Heredia sujetos de estudio cotidianamente y que corresponden a las dimensiones de interés primordial para él.
- ***Autocuidado integral***.- Es el conjunto de acciones de las dimensiones biológicas, psicológicas- intelectuales, sociales, culturales, productivas, recreacionales, ecológicas, sanitarias y espirituales que la persona adulta mayor debe realizar por sí misma para promover y mantener la vida, la salud y el bienestar. Implica responsabilidad para adoptar estilos de vida saludable y hábitos de buena salud para la integridad estructural, funcional y de desarrollo humano.
- ***Significado de Autocuidado Integral***.- Interiorización de un conjunto de principios, experiencias, reglas e ideas que debe tener la persona adulta mayor, en todas las dimensiones del autocuidado.
- ***Prácticas de Autocuidado Integral***.- Conjunto de acciones de las dimensiones del autocuidado que debe realizar la persona adulta mayor por sí misma para promover y mantener la vida, la salud y el bienestar.
- ***Motivos de autocuidado***.- Razones por las cuales la persona adulta mayor refiere que hace el autocuidado.
- ***Entorno social***.- Se entenderá como la o las personas (sean estas familiares directos, o indirectos u otros) que viven bajo el mismo techo con la persona adulta mayor.
- ***Acciones del entorno social y físico***- Son las actividades que hacen las personas que viven con la persona adulta mayor, ya sea condicionando o adaptando la infraestructura de la vivienda con la finalidad de darle seguridad, comodidad y confort al adulto mayor.

**b. Operacionalización e instrumentación de términos**:

En la operacionalización del Autocuidado Integral, se considera las dimensiones biológicas, psicológicas - intelectuales, sociales, espirituales, culturales, productivas, recreacionales, ecológicas, y sanitarias que debe realizarse por sí mismo para promover y mantener la vida, la salud y el bienestar. Implica autoresponsabilidad para adoptar estilos de

vida saludable y hábitos de buena salud, las categorías que comprende cada una de las dimensiones son:

- **Biológica.**

  ***Componente físico:*** cuidado de la mucosa, piel, cabello y uñas, postura, contextura, deambulación, peso, talla e hidratación.

  ***Componente fisiológico:*** digestión, eliminación intestinal y vesical, respiración, circulatorio y sueño.

- **Psicológica:** Autonomía, autoestima, motivación, y vida sexual.
- **Social**: Estructura del entorno social; sentido de pertenencia, interacción familiar y relación de afecto, desempeño de roles en el hogar propios y compartidos y redes de apoyo.
- **Espiritual**: Religión, práctica religiosa, valores humanitarios, sentido de vida y muerte.
- **Cultural**: Crianzas, hábitos y estereotipos.

  ***Hábitos y costumbres*** relacionados con su estilo de vida, alimentarios, de salud y sexuales.

  ***Creencias*** sobre la salud, la enfermedad, duelo, el dolor y la muerte.

  ***Estereotipos*** acerca de vejez. Frases degradantes, sentimientos de vergüenza.

- **Productiva:** deseo de vincularse y experiencia ocupacional
- **Recreativa**: Pasatiempos y Ocio.
- **Ecológica:**

  ***Vivienda:*** condiciones de habitabilidad de la vivienda.

  ***Salubridad:*** higiene, hacinamiento.

  ***Barreras arquitectónicas***

  ***Accesibilidad de los servicios públicos***

- **Sanitaria**:

  ***Ingesta de medicamentos***

  ***Conocimientos:*** sobre proceso salud enfermedad

- **Datos personales:** Edad, sexo, escolaridad, estado civil, residencia, lugar de procedencia, con quién vive, actividad laboral y religión.

Esta etapa fue muy laboriosa pero muy necesaria y fundamental para continuar el proceso investigativo. La claridad en el qué, en el cómo y para qué investigar, es lo que aseguró la

congruencia, continuidad y rigurosidad para sistematizar los resultados que tendrían un impacto en el mejoramiento de hábitos de vida saludable en un marco de autocuidado integral de las personas mayores. Este proceso no lo he vivido sola, he tenido la guía de profesionales conocedoras en el tema de autocuidado y en métodos de investigación; asimismo, las constante conversaciones con personas mayores, dondequiera que se encontraban, ha sido una fuente importante de riqueza en este proceso. Por ello este estudio ha sido una experiencia intensa pero muy interesante.

**Segunda Etapa: Identificación de los instrumentos para la recolección de la información.**

Considerando lo que refiere Montoya (1999) la persona que investiga y la persona que informa son un equipo en la medida en que ambas partes, comparten el interés por el estudio, aunque con intereses diferentes en conjunto se establece un intercambio de información y una relación de apoyo de manera que ambos se benefician.

Esta etapa fue de mucha reflexión y análisis ya que se buscó un medio para poder llegar a las personas adultas mayores que permitió recopilar la información que se necesitaba y al mismo tiempo favorecer la expresión verbal y conductual de forma espontánea sobre el autocuidado. Con relación a la práctica la preocupación se centró, en cómo establecer y mantener la relación de contacto directo con las personas informantes y su familia en sus hogares para no alterar su comportamiento y la dinámica de su vida cotidiana, pues la presencia de un extraño produce cambios.

Es por esta razón que se consideró la entrevista en profundidad para identificar el significado y la observación para determinar las prácticas de autocuidado, como instrumentos válidos en este momento. Ambas técnicas, fueron seleccionadas por su capacidad en la generación de datos descriptivos. Además, porque estás técnicas muestran en forma más directa la naturaleza de la interacción entre el investigador y los sujetos, permitiendo evaluar más fácilmente el grado en que el fenómeno es descrito en términos de la propia perspectiva, del investigado. Por último, ese tipo de técnicas son más sensitivas y adaptables a las muchas y diversas influencias que mutuamente inciden en los fenómenos sociales, así como en los diversos patrones de valor que pueden presentarse, (Pérez, 1998 y Montoya, 1999).

Debido a las características de la presente investigación se tuvo muy presente las recomendaciones que da Massarick (1995) en cuanto al propósito de las técnicas seleccionadas las cuales permiten reportar el proceso tanto por la persona que investiga como por la persona que participa; asimismo, la confianza mutua, la preocupación profunda y genuina y la relación empática entre la investigadora y la persona adulta mayor participante. Por otro lado la búsqueda de información se convirtió en un compromiso compartido. En cuanto al momento y tiempo de la recopilación de la información fue flexible y en la forma como se registró la información tuvo como resultado una bitácora, documento en el que se narraba el proceso y contenido de la exploración tal y como se desarrolló.

**Tercera Etapa: Recolección de la información.**

Aquí se caracterizó los sujetos de estudio, la fuente y el tipo de información que se recolectó.

Para efecto de la selección de los sujetos de estudio, se realizó la coordinación con autoridades de la COOPESIBA R.L. Barva, a quienes se les presentó el proyecto y se obtuvo la autorización para la revisión de los archivos de fichas familiares y de tamizaje del año 1998, obteniéndose 250 candidatos.

Una vez que se tuvo ese dato, se actualizó realizando entrevistas personales o telefónicas para determinar si cumplían los criterios de selección; ochenta (80) eran de Barva Centro, cuarenta (40) de San José de la Montaña, veinticinco (25) de Santa Lucía, cuarenta y ocho (48) de San Pedro, dieciocho (18) de Buenavista, de San Pablo veintiuno (21), de San Roque nueve (9) y de Puente Salas nueve (9). Del total de las personas participantes doce (12) habían fallecido, cincuenta y nueve (59) estaban enfermos, treinta y cuatro (34) se encontraban en ese momento fuera del cantón, diecisiete (17) estaban hospitalizados, ocho (8) estaban pasando etapa de duelo por pérdida de esposo o familiar, cincuenta y tres (53) estaban trabajando, a veintitrés (23) no se les pudo localizar y sólo cuarenta y cuatro(44) fueron los elegibles.

De los cuarenta cuatro (44) se seleccionó aleatoriamente los ocho (8) participantes considerando la representatividad de uno por cada sector sanitario del cantón. Cabe resaltar que ninguno de ellos era conocido. Para apreciar la representatividad cualitativa de este grupo

de personas sujetos de estudio se hizo la caracterización macrosocial y microsocial de la población adulta mayor en Costa Rica y de los sujetos de estudio.

Se identificaron los hogares y se estableció contacto con los sujetos y su familia donde se presentó y se explicó el objetivo de estudio, así como se conoció la aceptación de participar en la investigación, si así lo deseaban.

Una vez aceptada la participación, se negoció con cada sujeto los días de las sesiones, se les solicitó el permiso para integrar su vida cotidiana, así como para el uso de la grabadora en las sesiones de las entrevistas, pudiendo indicar, sin embargo, el momento en que deseaban que se apagara para que no fuera grabada información que no querían sea registrada, sólo escuchada por la investigadora. Todas las personas aceptaron que se utilice la grabadora.

En la entrevista en profundidad se logró recolectar información referente del contexto personal y social de cada uno de ellos; así como, del significado de autocuidado. Los datos se recopilaron teniendo en cuenta los objetivos del estudio.

En la guía de la entrevista en profundidad y observación mediante la lista de cotejo, se tuvo en cuenta las dimensiones del autocuidado aportados en los estudios revisados, la literatura, así como la experiencia de la investigadora. Los puntos considerados fueron:

- Significado y experiencia de autocuidado:

  Significado sobre autocuidado

  Información, conocimiento y experiencia sobre autocuidado, dimensiones del autocuidado biológica, psicológica - intelectual, social, espiritual, cultural, productiva, recreacional, ecológica y sanitaria.

  Aprendizajes familiares sobre autocuidado

  Valoración social y personales sobre autocuidado

  Cambios de hábitos y estilos de vida experimentados en el ámbito personal

  Formas de enfrentar y asumir esos cambios

  Repercusiones provocados por el autocuidado

  Dudas e inquietudes sobre el autocuidado.

  Experiencias de autocuidado en la vida cotidiana

- Planes de vida

  Intereses y motivación para realizar el autocuidado

  Actividades de autocuidado futuras

  Expectativas de vida

- Datos personales:

  Edad

  Lugar de residencia

  Nivel educativo

  Situación económica

  Estructura familiar

La aplicación de los instrumentos por la investigadora a todos los sujetos seleccionados, fue en los lugares de preferencia del entorno social. Con la finalidad de que la observación de las prácticas de autocuidado no sea influenciada por la entrevista a profundidad, se optó por llevar a cabo primero la observación. Para ello fue necesario replantear la etapa de interacción establecida previa a la recolección de la información, posponiéndose hasta después de haber logrado confianza y una relación empática con los participantes y su familia, lo que disminuyó la percepción de intrusión por parte de la persona adulta mayor y su familia.

Esto demandó que la integración a la convivencia de la vida cotidiana de las personas adultas mayores, durara en la mayoría más de una semana en tiempos de 6 a 10 horas diarias en 6 de ellos, y en 2 fue de 3 días, esto dependió de la aceptación que se tuvo de parte de la persona adulta mayor y de su familia. Esta etapa permitió obtener parte de la observación prevista.

Posterior a esta etapa se completó el acopio de los datos sobre la práctica de autocuidado integral de la persona adulta mayor, acciones y condiciones o adaptaciones que ha efectuado el entorno social inmediato. Se realizó en un promedio de tres (3) oportunidades (visitas) en un horario de 8 a 12 horas cada una. Debido a la acogida y apoyo de la familia y de los participantes en el estudio para la observación y reconstrucción de la experiencia de

autocuidado se consideró el acompañamiento y la participación indirecta en el desarrollo de las actividades cotidianas esto permitió obtener información lo más objetiva posible

En cuanto a la entrevista en profundidad, éstas se realizaron en la mayoría de las personas en su cuarto de habitación (5) y en tres de ellos no tuvieron preferencia del lugar. La duración dependió mucho de cada persona adulta mayor; adecuándose por ejemplo al índice de fatigabilidad. Con seis (6) realicé tres sesiones grandes y en dos de ellas en cinco oportunidades. Durante los meses de Marzo a Agosto 1999. Se utilizó una guía para realizar las entrevistas en profundidad y no preguntas operacionalmente definidas para tal efecto. Las preguntas fueron planteadas dentro del contexto general de una conversación y se asociaron con otras que se consideraron importantes efectuar en el momento.

Es importante aclarar que el número total de entrevistas o sesiones de trabajo con cada una de las personas adultas mayores no podía determinarse con anticipación, pues éstas consistían en un proceso de construcción particular. Sin embargo, desde un inicio se estimó un promedio entre dos a cinco sesiones con cada uno. Además, por aspectos éticos, se estableció que el trabajo de contacto directo con los sujetos sería más allá del tiempo programado para la presentación de los resultados de la investigación.

Por otro lado, la entrevista a profundidad permitió obtener mayor número de respuestas con mayor precisión así como la posibilidad de observar reacciones, gestos, movimientos, tono de voz, énfasis entre otros del entrevistado. Además que no se requirió que la persona entrevistada sepa leer o escribir y el entrevistador pudo aclarar y repetir las preguntas y adaptarlas más fácilmente a las personas y circunstancias concretas.

En el desarrollo de las sesiones de la entrevista a profundidad se tuvo presente los siguientes momentos:

1. Saludo y presentación al sujeto participante el proceso de trabajo a seguir en la sesión.
2. Reflexión acerca de la interrogante generadora. Antes de iniciar la etapa de la sesión, se hizo la pregunta, o se les recordaba, o leía la información proporcionada anteriormente.
3. Comentario verbal sobre el significado de autocuidado. Aquí la investigadora solicitaba clarificación de los significados que las personas participantes manifestaban.

4. Evaluación y observaciones. Cada persona participante daba sus impresiones sobre la sesión realizada en cuanto al interés del tema y duración. Esto permitió realizar los reajustes necesarios.
5. Papel de la facilitadora

   Iniciar las sesiones de trabajo

   Ayudar a expresar los pensamientos y sentimientos sobre autocuidado

   Recopilación de la información proporcionada en las diferentes sesiones

   Dar confianza a las personas a que se expresen

**Cuarta Etapa: Procesamiento de la información**

Esta etapa fue subdividida en los siguientes momentos: en el primer momento se realizó la transcripción de la información, tal cual hablaron los sujetos; esto dió una idea general y global de la situación de cada una de las personas adultas mayores participantes y de todas en su conjunto; para luego dar lectura general de la información con la finalidad de determinar si en todas las entrevistas se tenía la suficiente información y para hacer la devolución de la información en forma ordenada, con el propósito de revisar y validar la información obtenida. Esto permitió agregar, modificar, clarificar, asociar o eliminar conceptos u opiniones. Para ello se realizó con cada participante sesiones adicionales. Dichas reuniones, tuvieron una duración aproximada de dos a cuatro horas. Los aportes enriquecieron el análisis.

En el segundo momento se procedió a realizar una lectura de la información organizada por las preguntas de investigación y por las esferas o dimensiones de autocuidado consideradas con anterioridad. Para ello se utilizó lápices de colores a fin de facilitar su ubicación. Luego se agrupó y organizó según la variedad de significados y relaciones hechas por las personas adultas mayores participantes, de aquí salieron las categorías y las subcategorías. Además, permitió comprender, presentar la lógica y la experiencia personal de cada uno de ellos sobre el significado y práctica de autocuidado.

Posteriormente se realizó análisis de contenido, se organizó la información por categorías de acuerdo con la definición de análisis émico como ''descripción fiel de la información aportada por los participantes, es decir, transcribir en sus propias palabras su sentir y pensar''.

**Quinta Etapa: análisis de la información.**

Una vez agrupada y categorizada la información con la finalidad de responder al problema de investigación se buscó una estructura que permitiera integrar el significado que tienen las personas adultas mayores sobre autocuidado y la coherencia en su vida cotidiana, considerando el sexo, el lugar de residencia y edad. Para dar explicación y responder a las interrogantes planteadas se hizo la triangulación entre los resultados obtenidos en la presente investigación, los aportes de otros estudios presentados en los referentes teóricos y la experiencia de la investigadora. Según Pérez (1998), la triangulación implica que los datos que se recopilen desde puntos de vista distintos permitan realizar comparaciones múltiples de un fenómeno único. Es decir es un control cruzado entre diferentes fuentes de datos: personas, instrumentos, documentos o de la combinación de estos proporcionando al investigador un mayor grado de confianza.

El análisis de los datos en este estudio se hizo en forma holística, incrementando así el alcance o rango de los datos y la posibilidad de develar todo el conjunto de realidades construidas y estudiadas en forma integral. Se realizó en forma que se maximizó la habilidad de la investigadora de divisar teoría emergente que tomó en consideración las condiciones, la mutua influencia y los valores locales.

Una vez concluido el análisis de la información recolectada, se elaboró el diseño de las estrategias de autocuidado integral, acorde con las necesidades de las personas adultas mayores en función de las dimensiones estudiadas y los elementos teóricos existentes. Posteriormente para retroalimentarlo se sometió a discusión con los actores involucrados (sujetos de estudio y su entorno social). Finalmente las estrategias serán dadas a conocer al equipo de salud de la COOPESIBA R.L. Barva para su conocimiento e incorporación en los programas de promoción, prevención y atención a las personas adultas mayores.

# CAPÍTULO IV

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo contiene en la primera parte la caracterización de las personas adultas mayores, la segunda significado y prácticas de autocuidado, la tercera otras opiniones sobre autocuidado y la cuarta planes de vida de las personas participantes.

## 4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN COSTA RICA Y PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

Interesa destacar a nivel macrosocial alguna información sociodemográfica de la población en general de Costa Rica con el propósito de ofrecer un marco de ubicación de las personas adultas mayores sujetos del presente estudio, así como la caracterización de las personas adultas mayores participantes en esta investigación (información proporcionada por las personas mayores en la entrevista individuales), sus datos personales que permitan tener una identificación de los sujetos de estudio.

### 4.1.1 Personas de 60 a más años de edad en Costa Rica

Para estudiar un grupo humano se hace indispensable y conveniente ubicarlo en la estructura social como parte de un todo y ese todo es el marco de referencia para entender la situación específica y personal de quienes integran el grupo de estudio. En este caso por motivos del estudio se trata de las personas mayores de 60 años.

La fuente más actualizada con la que puedo contar hasta la fecha de elaboración del presente informe es la Encuesta de Hogares realizada en el año 1994 y publicada el año siguiente.

Cuadro N° 1
Total de población de Costa Rica según sexo.

| Sexo | Total | % |
|---|---|---|
| Hombres | 1 662 735 | 49.7 |
| Mujeres | 1 678 174 | 50.3 |
| Total | 3 340 909 | 100.0 |

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples Módulo de empleo Julio 1998/dirección General de Estadísticas y Censo.—San José: Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEC) 1999.

Esta información permite ver la distribución por sexo de la población general en el país. Nótese que la población femenina es ligeramente mayor que la masculina, pero la diferencia es mínima (0. 46 %) respecto del total.

Cuadro Nº 2
Total de población Mayor de 60 años y más de Costa Rica según sexo.

| Sexo | Total | % de la Población total |
|---|---|---|
| Hombres | 137 196 | 4.10 |
| Mujeres | 152 847 | 4.58 |
| Total | 290 043 | 8.68 |

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples Módulo de empleo Julio 1998/dirección General de Estadísticas y Censo.—San José: DGEC. 1999

La población mayor de 60 años representa el 8.68% de la población general, donde el 4.10% son varones y el 4.58% son mujeres. A esta edad se aprecia que la población femenina es un poco mayor, esta representa el 5.4% más que la masculina en este grupo de edad, lo cual es una diferencia significativa.

Cuadro Nº 3
Total de población adulta mayor de 60 años y más de Costa Rica según Zona de residencia

| Zona de residencia | Total | % |
|---|---|---|
| Urbana | 148 028 | 51.3 |
| Rural | 142 015 | 48.7 |
| Total | 290 043 | 100.0 |

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples Módulo de empleo Julio 1998/dirección General de Estadísticas y Censo.—San José: DGEC. 1999

En este cuadro observamos del 100% de las personas mayores el mayor porcentaje viven en la zona urbana con una diferencia de 2.6%.

### 4.1.2 Personas adultas mayores participantes en esta investigación

Habiendo ubicado a nivel macrosocial a las personas de 60 años y más, interesa ahora ubicar a las personas mayores participantes en el estudio. La información esta presentada de acuerdo a lugar de residencia.

Cuadro N° 4
Datos sociodemográficos de las personas adultas mayores participantes en el estudio.

| Edad /Sexo | | Fecha de nacimiento | Residencia | Nacionalidad | Escolaridad | Estado Civil | Número de hijos | | Convive actualmente | Actividad laboral | Religión |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | F | | | | | | Vivos | Muertos | | | |
| | 72 | 21 /11/27 | San José de la Montaña | Costarricense | Sin escolaridad | Casada | 6: 5 casados | 2:hombre y mujer | Esposo, hijo soltero,1 hija casada con 2 adolescente, 1 escolar. | Ama de casa | Católica |
| | 65 | 23/10/34 | Barva | Costarricense | Primaria imcompleta | Divorciada 15 años | 6: casados | | última hija, yerno, nietos: 2 adultos 1adolescente y 1 niño de 9 años | Comerciante | Católica |
| | 66 | 7/12/33 | Santa Lucía | Costarricense | Sin escolaridad | Viuda: 6 años | 3mujeres, 1hombre Todos casados | | Con el hijo, la nuera, 4 nietos:<de 15 años | Ama de casa | Católica |
| | 71 | 31/05/28 | San Pedro | Costarricense | Sin escolaridad | Casada | 3 mujeres, 3 hombres Todos casados | 3:1mujer, 2 hombres | Esposo, hija viuda, 5 nietos:2hijo fallecido | Ama de casa | Católica |
| 75 | | 16/02/24 | San Roque | Costarricense | Primaria completa | Viudo | 5 mujeres, 2 hombres, todos casados | | última hija, yerno, 5 nietos < de 15 años | Guarda de finca | Católica |
| 69 | | 1/09/20 | Buenavista | Costarricense | Primaria incompleta | Casado | 3 mujeres: casadas | | Esposa, 1hija,yerno y 2 nietos | Chofer | Católica |
| 70 | | 12/07/29 | Puente Salas | Costarricense | Primaria completa | Separado: 24 años | 3 hombres, 2 mujeres. Todos casados | | Con hermana, 1sobrina (hija de su hermana), el esposo y sus 3 hijos de la sobrina. | Agricultor | Católica |
| 73 | | 15/08/26 | San Pablo | Costarricense | Primaria incompleta | Casado | 5 mujeres, 2 hombres: 6 casados, 1 soltera | 4 hombres y 1 mujer | Esposa, hija soltera, 4 nietos de 2hijos fallecidos | Fábrica | Católica |

Fuente: Entrevista a participantes en el estudio. Marzo, 1999

Tanto las personas mayores mujeres y hombres participantes en este estudio comparten algunas características. Entre ellas: proceden de las áreas de influencia de la COOPESIBA R.L. de Barva: San José de la Montaña, Barva, Santa Lucía, San Pedro, San Roque, Buenavista, Puente Salas y San Pablo. En lo referente a su situación familiar tienen hijos, la mayoría (7) se relacionan con los hijos y conviven con alguno de ellos. Otra característica que comparten es la nacionalidad y el credo religioso, ya que todos son costarricenses y católicos, esta situación se dió así pero en ningún momento fue un criterio para definir su participación en la investigación.

En cuanto a las diferencias entre las mujeres y los hombres adultos mayores, la más obvia es el nivel educativo y el estado civil. Todos los varones (4) han realizado estudios en el sistema formal, (2) tienen primaria completa y (2) primaria incompleta. En el caso de las mujeres solo (1) estudió, pero no término primaria. Es importante recordar que este grupo de personas pertenecen a la generación del momento histórico donde la educación no llegaba a todas las personas.

Por razones éticas, se resguarda el anonimato de las personas adultas mayores participantes en el estudio, para lo cual me referiré a ellos usando las siglas del lugar de residencia, como son:

S.J.M. San José de la Montaña
B.C. Barva Centro
SP. San Pedro
S.Pb. San Pablo
S.L. Santa Lucía
P.S. Puente Salas
S.R. San Roque
Bv. Buenavista

## 4.2 SIGNIFICADO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

En esta sección se analizó la información recabada acerca del significado y las experiencias de autocuidado de las personas adultas mayores participantes en el proceso investigativo. Cada una de estas personas tiene significado y experiencia única y particular, en ella se resumen y se refleja su propia vida. Sin embargo, respetando sus conocimientos y

experiencias en este estudio interesa destacar tanto las similitudes como las diferencias entre las conceptualizaciones y las vivencias del autocuidado de dichas personas.

### 4.2.1 Significado sobre autocuidado.

Dado que la salud no necesariamente tiene los mismos significados para todas las personas, consecuentemente las prácticas cobijadas bajo este término tampoco son iguales, tal es el caso del autocuidado. De hecho, con el término de "autocuidado" o de las palabras que se consideran sinónimas (cuidado personal, hábitos saludables, estilos de vida) se hace referencia a actividades de la vida humana cotidiana para mantener la salud.

Según Castro (1999), existen diversas interpretaciones acerca del autocuidado, que provoca confusión y se traducen en diferentes cursos de acción a menudo contradictorios Una orientada al desarrollo de estilos de vida individuales para alcanzar la salud y mantenerse sanos es decir dedicarse al cuidado del cuerpo. Otra orientada a desarrollar condiciones de vida, de ambiente a través de acciones de control y eliminación de factores que la causan. Y por último una que representa un proceso que habilita a las personas en el mejoramiento, fortalecimiento y control de su salud a través de la autorresponsabilidad y con el apoyo de la familia, la comunidad y los servicios de salud.

Por otra parte, lejos de uniformizarse la noción de autocuidado, coexisten diversas concepciones sobre el término que se reflejan también en las formas en las que se pretenden llevar a cabo la práctica. De todas las visiones, al menos una puede distinguirse plenamente la bio - psico socioeconómica, basada en el abordaje de los cuidados como expresión para el disfrute pleno de la vida, tarea en la cual cada persona es responsable y debe comprometer firmemente sus esfuerzos.

En el caso de las ocho personas participantes, cinco de las ellas (tres mujeres y dos hombres) describen y manifiestan su sentir sobre autocuidado como una experiencia personal agradable que les permite vivir bien y sentirse alegres. Y lo conceptualizan como acciones que se tienen que realizar para tener bienestar y salud.

> "para mí el autocuidado significa acciones que uno debe hacer para estar sanitas y sentirse bien, esto ayuda a vivir bien y sentirse alegre" (Sra. S.J.M.)

> "el autocuidado es hacer diversas acciones para mantener la salud y el bienestar" (Sr. S.R.)

"autocuidado son acciones que la persona tiene quehacer para conservar el bienestar y la salud" (Sra.S.P.)

"uno tiene que autocuidarse por medio de acciones que ayuden a promover la salud y esto permite sentirse bien" (Sr.Bv)

"para mí autocuidarme es realizar acciones para estar bien, es decir tener salud" (Sra. B.C.)

Esta visión se alimenta de las acciones cotidianas de la vida humana, de la construcción social, del empoderamiento y de la capacidad real de elegir. Implica la construcción de una cultura de salud. A tal noción se le confiere un significado de práctica transformadora, pues implica el cambio en las condiciones de vida; requiere de la socialización del conocimiento, del fortalecimiento de los valores éticos, del respeto a los derechos humanos y la formación de un espíritu solidario y de apoyo familiar y social (Gajardo, 1998).

De este grupo las acciones de autocuidado que manifiestan realizar están en relación con la dimensión biológica: componentes físico y fisiológico. Los aspectos tal como alimentación, ejercicio e higiene. La dimensión social y espiritual: componentes relación con la familia y con Dios específicamente. Y en la dimensión productiva, el componente ocupacional: estar ocupado. Refieren que lo hacen porque lo aprendieron en la niñez.

"las acciones de autocuidado que realizo lo aprendí en mi niñez y los cuidados que hago es en mí alimentación, higiene. Además procuro dormir bien, estar relacionada con mi familia y con Dios" (Sra.S.J.M.)

"yo me cuido alimentándome bien, haciendo ejercicio, estando ocupado, teniendo buena higiene y teniendo a Dios. Esto lo aprendí cuando era niña" (Sra.B.C.)

"para mí el cuidarme consiste en caminar, alimentarme bien, estar ocupadita, estar bien con la familia y con Dios. Mi aprendizaje fue a mi niñez " (Sra. S.P.)

"todo lo que hago para mantenerme bien y contento es amar a mí familia y a Dios primero, luego tener buena alimentación, hacer ejercicios, dormir bien, y tener buena higiene. Por esfuerzo personal tengo conocimiento sobre autocuidado y la practico, lo aprendí en mí hogar porque mi madrecita nos inculcó" (Sr. S.R.)

"me cuido yo mucho, en mí alimentación, limpieza y en mí familia siempre se practicó" (Sr.Bv)

Las tres personas restantes (una mujer y dos hombres) lo conceptualizan como actividades que se debe realizar para no tener enfermedades, el énfasis es en el cuidado del cuerpo.

> "el autocuidado es cuidarse la salud, por ello uno tiene que realizar actividades para no tener enfermedades" (Sra. S.L.)
>
> "autocuidado, para mí es hacer una serie de actividades para no enfermar y mantener el cuerpo sano"(Sr. P.S.)
>
> "autocuidado, autocuidado hay que cuidar el cuerpo por eso es hacer actividades para cuidar la salud y sobre todo para no tener enfermedades". (Sr. S.Pb)

Las personas participantes expresan su sentir sobre la experiencia de autocuidado manifestando que es muy dura, desconcertante y muy difícil de poner en práctica; pero la vivencia en sí ha sido valorada como manejable. Las acciones de autocuidado que realizan son en los aspectos de la dieta y el ejercicio; refieren que éstas se fundamentan en las recomendaciones dada por profesionales de la salud.

> "el poner en práctica las actividades para no tener enfermedades es muy duro, adaptarse a eso, idiay si quiere estar sano no hay nada más que adaptarse, sobre todo hacer la dieta y hacer ejercicios. eso me dijo el médico del EBAIS (Sra. S.L.)
>
> "las actividades que yo realizo para cuidarme es en la dieta y el ejercicio, eso me aconsejaron en el hospital México, pero qué difícil es ponerlo en práctica y sobre todo cuando uno no está en su casa y ve que los otros que rico comen" (Sr. P.S.)
>
> "yo me cuido mucho mi salud, teniendo en cuenta la alimentación y el ejercicio. Creo que aprendí mucho más cuando estuve enfermo" (Sr. S.Pb).

En cuanto a la observación realizada a cada una de las personas mayores se pudo constatar que están muy presentes los aspectos que dijeron. Además practican otros componentes de las dimensiones: social, psicológico, religiosa, cultural y productiva que las personas adultas mayores no lo reconocen, tal vez por falta de conocimiento o de precisión de dichas dimensiones. En el caso de las personas que tienen que practicar el autocuidado por razones médicas, se evidencia que cumplen con las recomendaciones dadas.

De las tres personas que conceptualizan al autocuidado como acciones para no enfermar, destaca la experiencia de un señor que caracteriza su vivencia como un fuerte cambio para su bienestar, pues él ha alcanzado una ganancia muy significativa en la relación consigo mismo y para su familia en el mejoramiento de su calidad de vida.

> "viera muchacha, cuánto me costó cuando las enfermeras me dijeron que tenía que hacer la dieta y hacer ejercicios. Que esas actividades tenía que realizar para evitar las enfermedades. Me costó mucho con la ayuda de los hijos e hijas y con un poquito de voluntad lo logré. Valió la pena, ahora me encuentro con buena salud bajé de peso e inclusive mi familia aprendió a cuidarse su salud" (Sr.S.Pb.)

Todo lo anterior, nos hace ver que el narrar solamente algunos componentes de las dimensiones del autocuidado, pueden estar indicando la tendencia en las personas adultas mayores participantes en el estudio a no considerar al autocuidado en forma integral ya que sólo visualizan como conductas aprendidas y puestas en práctica en su vida aquellas relacionadas específicamente con la alimentación, ejercicio e higiene. Por ello, no le es posible reconocer ni verbalizar en este momento, las otras dimensiones por la falta de precisión del mismo. Por otro lado para la minoría de las personas participantes el autocuidado es considerado como una consecuencia de las desviaciones de la salud y no como una dimensión universal que es requerida por todos los individuos a lo largo de la vida y como un tipo de autocuidado preventivo sino más bien terapéutico (Orem, 1985).

Estas opiniones sobre algunos aspectos del autocuidado en sí, no se relacionan con las necesidades del ser holístico por lo que se advierte que hay deficiencias en el cuidado en esta área que puede influir en su bienestar y su salud y por ende en su calidad de vida. De allí la importancia de que se promueva el autocuidado desde edades tempranas, para que las futuras generaciones se preparen a tener una vejez con calidad de vida. Y las personas que están en esta etapa de la vida se empoderen del autocuidado para que procuren una vida saludable.

En resumen de las ocho personas adultas mayores participantes en esta investigación, para la mayoría el autocuidado significa acciones para tener bienestar y salud y tres de ellos para no enfermar. Tanto las mujeres y los hombres señalan como acciones del autocuidado algunos de los componentes de la dimensión biológica, social, espiritual y ocupacional. Sólo una persona que es varón, tiene conocimientos del mismo y lo adquirió por interés personal, tiene estudios primarios completos y el motivo porque realiza el autocuidado, es para estar bien él mismo y su familia. El resto no tiene conocimiento y manifiestan que lo hacen por rutina ya sea por hábitos aprendidos en la niñez o por recomendación profesional.

Al indagar sobre la propia experiencia en relación con las dimensiones del autocuidado, tanto hombres y mujeres mencionan algunos de los aspectos del componente físico de la

dimensión biológica. Las personas que refieren que el autocuidado es una experiencia agradable agregan además aspectos de las dimensiones social, ocupacional y espiritual. Sus vivencias de autocuidado manifiestan que se deben a la adquisición de comportamientos y conductas en la niñez. Y en caso de las otras personas expresan que lo adquirieron por problemas de salud presentados y dicen que van haciendo el esfuerzo para salir adelante. La actitud que mantuvieron durante la observación, confirma la existencia de los cuidados que refirieron; además realizan otros aspectos que no lo conceptualizan como componentes de la dimensión psicológica, sanitaria y recreacional.

Estas experiencias del autocuidado en el grupo de participantes en el estudio hizo pensar sobre la discrepancia existente entre la importancia y la necesidad del autocuidado y el presagio socio-cultural que tiene la persona por una parte, y por otra, la realidad que viven las personas adultas mayores en la cotidianidad.

Como dice Kickbusch (1999), las prácticas que se tenga del autocuidado parten a priori y están enraizadas en las definiciones y las vivencias adquiridas del mismo, pero la autora considera y la investigadora con ella, que todo puede ser modificado debido a la visión holística e integral del ser humano, dado que ésta implica además de la dimensión biológica, las dimensiones del desarrollo personal, psicológico, socioeconómico, cultural, espiritual, sanitario, ocupacional y ecológico.

### 4.2.2 Dimensiones del autocuidado

La conceptualización del autocuidado como perspectiva holística comprende varias dimensiones íntimamente relacionadas y se fundamenta en las distintas disciplinas independientemente de los enfoques teóricos que cada una sostiene (Zetina, 1999).

Para efectos de análisis y para tener una mayor claridad de las dimensiones del autocuidado tal como lo manifiestan y se evidenció en lo observado en las personas mayores del estudio, efectúe la separación de los aspectos mencionados. Aunque a la hora de plantearlos las personas participantes tienden a hacer esa separación, en la realidad es muy difícil hacerlo porque las personas actuamos como un todo y un aspecto influye en los otros.

#### 4.2.2.1 Dimensión biológica

La dimensión biológica el autocuidado se define como acciones que están asociadas generalmente a los cambios (componente físico), deterioros o disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico (componente fisiológico). De allí que las acciones están relacionadas con los aspectos de alimentación, ejercicio, sueño, respiración, circulación y la higiene. Sin embargo, a pesar de haber varios cambios que están presentes en toda persona y que avanza a ritmos diferentes, éstos dependen de los estilos de vida (Quintero, 1997).

Todos los participantes de la investigación concuerdan que el autocuidado es en la dimensión biológica y son reconocidos como acciones o actividades muy importantes a tenerse presente en algunos aspectos del componente físico específicamente cuidarse la piel y el peso. En lo fisiológico explícitamente ellos no lo especifican pero al referirse al problema de la circulación y al funcionamiento del sistema digestivo, precisan algunas afirmaciones de cómo cuidarse. Por otro lado en la práctica ésta situación se puede dar en forma de hábito o por enfermedad que haya presentado. Las actividades o acciones varían de acuerdo a cada participante.

**a) Componente físico**

Con respecto al aspecto físico, todas las personas mayores centran los cuidados en la piel y en el peso, refieren que hay que hacerlo, pues debido al proceso de envejecimiento estos aspectos sufren modificaciones; por lo cual es necesario cuidarse. Esto se evidenció durante la observación. No determinan los cuidados de las uñas de los pies, de la mucosa nasal y auditiva ni la necesidad de cuidarse para mantener una buena hidratación, visión, audición, fuerza física y postura Por otro lado a pesar que la mayoría cuenta con prótesis dental ellos no determinan que es necesario medidas para su cuidado. En la práctica diaria se observa que si realizan acciones de cuidado de los dientes, aunque esta no sea la forma correcta.

- **Aspecto: cuidado de la piel**

La justificación que dan para cuidarse la piel es por la presencia de arrugas, pigmentación, y la resequedad.

Son tres mujeres y un hombre sujetos de estudio los que hacen referencia que realizan dicho cuidado por vanidad y por sentirse bien. En el caso de las adultas mayores el

identificarse como mujeres, les da el sentimiento de ser vanidosas y ésta es la señal característica de la razón por la cual se autocuida.

> "la piel es diferente, se arruga, aparecen un montón de manchitas, viera que piel tenía yo cuando jovencita y los años no pasan en vano, pero a mí me encanta arreglarme, siento placer al hacerlo y no me canso de hacerlo" (Sra B.C.)

> "mi piel se me arrugó muy rápido, será porque soy macha, además se me volvió muy delicada, como telita de cebolla" Yo soy tan vanidosa desde chiquita fui coqueta en eso. Yo me siento tan realizada cuando me veo toda limpia y linda, por eso trato de mantenerme bonita ¿soy vanidosa verdad? A mí me gusta y hago que también mí familia esté limpia" (Sra. S.J.M.).

> "yo sólo sentía que se me secaba mucho mi piel y me daba unas picazones donde me salía pecas, por eso me lavaba bien a cada rato y uso mi cremita siempre, dicho de paso a los hijos les digo que si me quieren regalar algo me lo compren eso. Idiay si por lo menos no me la cuido" Sra.S.P.).

> "cuando me dí cuenta ya tuve las arrugas y qué problema con la piel. Yo no sé, pero a mí como me gusta. asearme, me encanta estar arregladito, me gusta estar limpiecito y arreglarme todo para estar presentable. Como estar mal presentado Dios guarde" (Sr. S.R.).

En el caso de éstas personas es a partir de los cambios percibidos en la piel, que tomaron conciencia de la necesidad de los cuidados.

> "viera que ni me dí cuenta cuando me aparecieron las arrugas, pero si desde que tuve creo 50 años empecé a tener cambios en mi piel muchas manchas de color y creo que de allí me volví mas cuidadoso con la higiene" (Sr. Bv.).

> "esa piel de niño con la edad cambia y viera muchacha que comezones tenía y luego me salían unas pecas. Desde hace tiempo tuve que extremar mi cuidado de la piel"(Sr. S.R.).

> El cuidado en el caso del Sr. P.S. está asociado con el estado de ánimo que él siente. "bueno, yo creo que hago lo necesario... ¿Qué barbaridad pensar como era antes nuestra piel y verse ahora...? yo apenas tengo ánimo para hacerlo, no tengo quien me vea ya. Cuando estábamos junto con mi doñita y estaba yo más joven, yo sí me arreglaba mucho".

Otros participantes manifiestan que el cuidado de la piel fue a consecuencia de los problemas de salud.

> "yo toda mi vida me ha picado todo el cuerpo, iday no había nada que me mejorara sólo el baño y el cambio de ropa ...por ello tuve que dedicarme a cuidar mi piel, aprendí a cuidarme del sol y de los fríos para que no se me reseque"( Sra.S.L.).

"yo sentía que cada día mi piel era áspera y se seca ya no es la misma, ahora con las arrugas" pero además por la diabetes que tengo me han dicho que tenga mucho cuidado con la piel, esa es la razón poderosa de hacerlo" (Sr. S.P..).

Es interesante observar que en estas dos últimas personas por presentar problemas de salud se forma el hábito de cuidar la piel y hasta la actualidad lo mantienen. La experiencia de estos dos últimos hizo pensar: ¿hasta. dónde una situación como esa permite y hasta obliga a retomar acciones de autocuidado en su vida? Es como si las alteraciones de salud toman gran fuerza y si no se atienden el problema persiste.

La sensación que les produce el cuidado de la piel en la mayoría de los participantes es favorable en el comportamiento que ellos practican, aunque esto es relacionado como consecuencia del envejecimiento del organismo, comprenden bien la necesidad de hacerlo y las personas mayores tienen control de estas acciones.

Al comparar el autocuidado que realizan las personas participantes en el estudio en la dimensión biológica en el componente físico es coincidente con lo que refiere la literatura. Ellos precisan en el cuidado de la piel, aunque en la práctica cuidan el cabello y las uñas, la experiencia de estas personas se acerca más a lo propuesto por Quintero (1997), quien refiere que el autocuidado además del cuidado de la piel, tiene que incluir los cuidados en las uñas, pies, cuero cabelludo, mucosa (oral, nasal y auditiva), postura, deambulación, e hidratación.

Se pudo observar que la higiene diaria es de la cara; el cepillado del cabello y en el caso de los hombres el rasurado, los dientes aunque éste sólo lo hacen en la mañana y en la noche. El cuidado de las uñas de las manos es cada quince días en seis de ellos y de los otros dos al mes. El lavado de cabello es día por medio, en el verano y semanal en invierno. En cuanto a mucosa nasal y auditiva, así como el cuidado de las uñas de los pies no son realizadas por ninguno de ellos; al interrogarlos refieren desconocer cómo hacerlo y que ellos necesitarían ayuda para efectuarlo.

- **Aspecto: cuidado del peso**

Otro aspecto que ellos consideran como acciones en esta dimensión es el aumento de peso. Es una preocupación en las personas mayores tanto hombres como mujeres la facilidad con la que se gana peso en esta etapa de la vida y la dificultad para eliminar ese exceso les

parece muy difícil. Se pudo verificar en la práctica que algunos hacen esfuerzo para lograr disminuir, y otros no.

> "me engordé desde que tuve mi primera niña, de allí cuando deje de menstruar" (Sra.B.C.).

> "yo engordé cuando ya me puse vieja, a pesar de hacer la dietita y siempre estoy trabajando y haciendo ejercicio y nada bajo". (Sra S.P.).

En la práctica, las señoras diariamente ingieren, cuatro comidas sin horario fijo y es a predominio de carbohidratos, tienen buen apetito, comen y hacen siesta, son de contextura gruesa y se puede decir que están subidas de peso (70 y 75 kgs) respectivamente. Cabe resaltar que la Sra. B.C. tiene una vida es sedentaria a diferencia de la otra señora en que si es activa.

> "yo aumenté de peso, desde que me encontraron diabetes, me cuesta mucho hacer dieta... Yo, ayudo a mi hija a cocinar idíay allí no se puede hacer dieta, mi hija me dice qué pecadito mamita pero coma ese gallito pinto algunas veces, eso a mí me preocupa mucho". Se pudo comprobar que la mayoría de las veces ella cumple con la alimentación, por otro lado la familia no contribuye mucho con ello, motivo por el cual se estresa, pesa 60 kgs, ingiere tres comidas grandes sin horario, le gusta los chocolates y los confites. (Sra. S.L.).

> "de jovencita, era flaquilla y ahora vea cómo estoy, como un plomo, por más que hago no rebajo nada... yo quiero bajar, pero a la vez no dejar mis gustitos, pero siempre estoy pendiente de no subir de peso porque si no me pongo ansiosa". (Sra. S.J.M.). Se observa que su peso está dentro de los límites aceptables para su edad (52 kgs), su alimentación es en horarios fijos, son dos consistentes y una liviana. Le gusta mucho las verduras y frutas.

Al sufrir alguna enfermedad las personas participantes se vieron en la necesidad de hacer algunas restricciones y por otro lado poner en práctica algunas acciones de autocuidado.

> "yo por familia soy gordo, y con el problema de la presión, me han dicho allí en la clínica que tengo que bajar de peso, pero idiay, cuando no es uno quien cocina" (Sr. S.R.). En la observación se pudo ver que la familia si está pendiente de que lleve una dieta, que si bien a él le gusta mucho la natilla, el café, la sal, es muy riguroso en la dieta que hasta se extralimita, hasta el punto que por él fuera sólo ingeriría una sola comida. Su peso esta dentro de lo aceptable.

> "yo no había pensado que se tenía que cuidar con eso de la dieta, hasta que por el guaro me enfermé mucho, me fui al médico y me explicó que tengo que alimentarme bien si no me moriría" (Sr. Bv.). Su alimentación es variada, ingiere dos comidas grandes en tiempo fijo. Rigurosamente va al EBAIS para controlarse el peso.

Cabe destacar que en dos de las personas adultas mayores el autocuidado es visto como acciones limitantes para sus gustos, preferencias en la vida y éstos no han sido de su agrado de una u otra forma. Si bien manifiestan que es importante autocuidarse a la vez justifican que es necesario estar subidos de peso para estar sanos.

> "yo sé que hay que cuidarse pero yo creo que no estoy subido de peso; pues corno se dice cuando uno es gordito es que está sano". Pesa 72 Kgs, tiene vida sedentaria, hace siesta de 1 hora todos los días, tiene buen apetito, ingiere cuatro comidas diarias, sus platos preferidos son los frijoles, el chancho, las tortillas y la yuca (Sr. S.Pb.).

> "soy consciente que hay que cuidarse en la alimentación, pero idiay cuando uno es muy tico y nos gusta nuestro gallito pinto, con su queso crema y con bastantita sal". Ja, ja, ja. "Yo nunca me preocupo de eso, gracias a Dios que tengo más bien comida para alimentarme para estar bien". Pesa 62 Kgs (Sr. P.S).

El cuidado en el peso en la persona adulta mayor es básico e influye en la apariencia física y en el estado de bienestar.

#### 4.2.2.2 Componente: fisiológico

El pensar sobre la peculiaridad del autocuidado en la dimensión biológica indujo a las personas mayores participantes en el estudio a buscar respuestas en las funciones fisiológicas más reconocidas y simbólicas sobre los cuidados cotidianos y útiles para mantener la salud y el bienestar. Históricamente el autocuidado de las personas está determinado en gran medida por la condición fisiológica y las características sociales alrededor de bienestar más que de la salud.

Este aspecto es sólo considerado por los que presentan problemas de salud, aunque no lo precisan como acciones de promoción sino más bien de protección. Sin embargo al hablar de la enfermedad es reconocido como acciones que se tienen que tomar en cuenta. Pero es reducido a los cuidados para mantener una buena circulación y funcionamiento intestinal y no así a los otros aspectos: digestión, eliminación vesical, respiración y sueño entre otros.

> "hay que cuidarse muy bien el organismo... presión, estómago, para sentirse bien, estar bien" (Sra. S.P.).

> "... es importante cuidarme del colesterol, las enfermedades y el aumentar de peso. Idiay cómo va ser eso que uno esté gorda y fea, Dios guarde" (Sra. S.J.M.).

> "para mí el cuerpo es lo principal, por eso hay que cuidarlo, y si eso funciona bien yo me siento muy feliz" (Sr. R.)

"uno tiene que darse cuenta que el funcionamiento del corazón, estómago y otros es fundamental en nuestra vida, para sentirse contento, por eso hay que cuidarlo" (Sr. Bv.).

"yo doy gracias a Dios por ser una persona que todo me funciona bien, porque soy muy cuidadosa de mi salud y eso me hace sentirme muy feliz" ( Sra. B.C.).

"que funcione mi corazón y mi intestino basta" (Sr. S.Pb.).

"yo trato, creo que el cuerpo debe funcionar bien, sobre todo el intestino, el corazón" (Sra. S.L.).

"el cuerpo tiene que funcionar teniendo el corazón y el intestino bueno" (Sr. P.S.).

Las dos últimas personas adultas mayores, refieren que el autocuidarse ha representado una experiencia desagradable porque han sido las enfermedades que sufrieron las que los obligó a modificar sus hábitos de vida.

"yo recuerdo que yo cuando enfermé por el guaro, nunca me voy a olvidar, que me llevaron al hospital me empezaron a dar comida sin sal, no tenía ni gusto, y me prohibieron el café, los cigarros... y no me dijeron nada, hasta que un día yo pregunté. Viera que difícil que es eso, si por lo menos en la escuela me hubieran dicho que eso era malo me hubiera cuidado" (Sr. P.S)

"la experiencia con los cuidados de mi salud fue muy fea, yo no sabía que tenía familiares con enfermedad de diabetes. Un día no sé qué me pasó pero mi esposa me dió un agua dulce calientito y sabe me llevó hasta hospitalizarme. A mí no me habían dicho de eso, de eso en la familia no se hablaba, para mí fue como secreto y eso fue una experiencia muy fea" (Sra. S.L.).

Estas situaciones muestran en gran medida, la falta de información y de educación en el hogar y en la escuela sobre los cuidados que se deben tener para el funcionamiento del cuerpo, de persistir la existencia de estos aspectos no podremos apropiarnos, ni tener control de los procesos biológicos de nuestros cuerpos.

**Otras Opiniones: ámbito personal y familiar**

La vejez enfrenta a las personas a la vivencia de grandes transformaciones que de una u otra forma marcan su vida. Para algunas de las personas adultas mayores participantes del estudio, esta etapa es vivida con gran profundidad, experimentando satisfacciones como inseguridades, expresando que a pesar de las incapacidades o limitaciones que enfrentan, están viviendo precisamente la mejor etapa de sus vidas.

Esta es una época de gran valor, las personas adultas mayores están atendiendo situaciones personales pospuestas. De esta forma están sintiéndose útiles, activas e importantes. Esta realidad se da a pesar de que el mandato social y cultural tiene otro discurso, que considera a las personas mayores inútiles, viejas y que no tienen importancia.

**Ámbito Personal**

Las personas participantes se perciben a sí mismas como personas con experiencia. Por otro lado, es interesante identificar que a esta edad las personas siguen haciendo intentos por rescatar su autonomía y sus sentimientos de productividad. Esta situación los lleva a cuestionarse la necesidad de seguir siendo ellos mismos y de no depender de otros. No todos ni todas lo hacen con el mismo empeño, con la misma conciencia y claridad, pero sí es un elemento digno de destacarse en este momento de sus vidas.

Concuerdan que en esta edad la vida les ha proporcionado gran experiencia, mayor fuerza de voluntad y madurez para enfrentar la vida cotidiana, así como mayor fortaleza y firmeza para tomar sus propias decisiones. También exaltan su interés genuino por ellos mismos como personas, lo que los mantiene en mayor contacto consigo mismos. En general esta etapa está siendo una experiencia satisfactoria, no sólo porque experimentan mayor madurez y experiencia, si no porque sienten haber cumplido con éxito la función para la cual han vivido.

"éste es el mejor tiempo de mi vida, es lo que más había anhelado en mi vida"(Sra.B.C.)

"yo vivo dando gracias a Dios, yo creo que hice todo lo que tuve que hacer"(Sr.S.Pb.)

"me siento tan satisfecha de haber cumplido mi misión tal como Dios manda"(Sra.S.L.)

"estoy muy segura que todo lo que hice en mi vida lo realicé con mucha responsabilidad" (Sra.S.P.)

"yo me siento muy feliz conmigo misma, la vida conmigo ha sido muy buena" (Sra.S.J.M.)

"soy muy esforzado, trabajador y tenaz y creo que eso valió la pena" (Sr.Bv)

"la vida a sido un regalo de Dios, a pesar que de joven desperdicié mi vida" (Sr.S.R.)

"a pesar de todo tengo salud y mi hermana y sobrina que me apoya, gracias a Dios" (Sr.P.S.)

Los años proporcionan experiencias de vida, sin sentirse personas viejas, las personas participantes en el estudio manifiestan que también se sienten seguros y tienen la necesidad de dar sus opiniones y decir lo que piensan, se consideran a sí mismas con gran experiencia.

"uno no se siente viejo o vieja, tengo experiencia de vida adquirida por los años. Eso me ayuda a dar consejos acertados" (Sr.P.S.)

"uno que ha vivido tanto, estamos listos para dar opiniones valiosas" (Sr.Bv.)

"a esta edad, ya se me quitó eso de que yo no podía pensar y decir lo que pienso. Ahora yo pienso y lo expreso"( Sra.S.J.M.)

"yo antes sólo lloraba cuando el marido era tan machista y venía y gritaba y hasta me golpeaba y uno tenía que servirles calladito, ahora pienso que las hombres piensan que las mujeres somos sólo para servirles" (Sra.B.C.)

"ahora yo siento que pregunto todo y digo lo que pienso con mucha fuerza"(Sra.S.L.)

"vea cuando éramos todavía jóvenes y le decía vamos a una fiesta y él no quería yo tampoco iba, ahora le digo hay una fiestecita de la hija, yo me voy usted quiere ir o no"(Sra.S.P.)

La etapa de la vejez es también un período de reflexión, autoanálisis y autocrítica para algunas de las personas adultas mayores, como apunta Vásquez (1999). Tal reflexión está siendo asumida como una oportunidad para realizar cambios significativos y mejorar la calidad de vida.

"vea, me pongo a pensar ahora, que mi esposo viajó mucho y yo no; y él en algún momento habrá pensando en mí"(Sra.S.P.)

"me pongo a pensar y analizar en todas las personas a quienes les doy cariño y comprensión y no me dedico a mí ¿tendré que continuar así hasta que me muera?"(Sra.S.J.M.)

"yo he sido una mujer con muchas ataduras, pero ahora me dí cuenta que eso de nada sirve y uno debe dedicarse a quererse uno mismo" (Sra.B.C.)

"en estos años es que yo cambié mucho. Cuando los hijos se casaron y se me murió la doñita y me quedé solo"(Sr.S.R.).

Las personas adultas mayores participantes identifican cambios en cuanto a su relación con los demás y consigo mismas. Este tiempo lo aprovechan para reflexionar, evaluar y modificar algunos aspectos de sus vidas.

Es importante precisar que dentro de la experiencia personal, no destacan los cambios físicos como si eso no fuera parte de la realidad en esta etapa de la vida.

**Ámbito familiar**

En esta etapa de la vida en que la descendencia es adulta, han vivido y sentido la partida de los hijos, así como la separación de él o la cónyuge. Esta es una experiencia muy importante que implica un reacomodo en la organización y estructura de la familia. La partida o separación los enfrenta a una preocupación de las personas adultas mayores; no es una experiencia fácil y es una situación que lo llevan dentro. Expresan por tanto sentimientos de tristeza, soledad, miedo e incluso angustia.

> "en este momento estoy viviendo cosas muy importantes y difíciles, como el nacimiento de un nuevo nietito, pero el aniversario del fallecimiento de mi esposo me da mucha tristeza que él no esté aquí para gozar los nietitos" (Sra.S.L.)

> "a mí este momento es de gran preocupación, mi hijo último por el trabajo tuvo que irse al extranjero, me da mucha pena y siempre lo extraño (los ojos se le llenan de lágrimas y la voz temblorosa), allí están los nietos que dan alegría pero no son hijos míos" (Sra.B.C.)

> "ah! viera a esta edad y estar sólito sin la doñita, porque con ella por lo menos podríamos compartir algunas alegrías y tristezas, me hace mucha falta, yo tengo los nietitos que son muy buenos conmigo y los quiero mucho; pero hay muchas cosas que no se puede contar con ellos y el sólo pensar que no está me angustia"(Sr.S.R.).

> "sin los hijos bajo mí responsabilidad y sin la esposa, es cosa terrible, es como si a uno se le derrumba todo y de pronto me da ganitas de llorar. La hermana y sobrinos son mi alegría en parte"(Sr.P.S.)

El enfrentar la partida o separación de los hijos o del cónyuge es una experiencia dura, al mismo tiempo, experimentan un sentimiento de recompensa de alguna forma el ser abuelas o abuelos. Para las personas mayores que en esta edad tienen descendencia de diferentes edades o han asumido el cuido y la responsabilidad de los nietos o nietas, la situación es diferente, pues manifiestan que ahora necesitan tiempo para ellos.

"uno tiene que ayudar a los hijos o hijas con los nietitos, pero ya no es responsabilidad nuestra, pues ya criamos hijos y ahora es necesario que nos dediquemos más a uno mismo" (Sra.S.J.M.)

"yo cuido a los nietitos por la mañana, pero en la tarde le digo a mi hija que es para salir al parque para estar con mis amigos" (Sra.B.C.)

"como mis hijos e hijas viven a la par mía, yo le doy una miradita a los nietitos, pero de lejos, ya que yo tengo que dedicarme a mis cosas"(Sr.S.R.)

Con los roles de abuela o abuelo, estas personas han experimentado contradicciones del ser para sí y para los otros. No todos sienten la obligación de cuidar nietos, pero tampoco piensan que deben rechazar esa función. Por tanto surgió la pregunta sobre la magnitud, intensidad e impacto que tienen estas personas de pensar en sí mismas. ¿será esta una situación que les trae bienestar o conflicto? Es interesante que se pudiera profundizar sobre esta situación particular. Además como una forma de demostrar que no son viejos y que continúan siendo útiles las personas adultas mayores participantes están asumiendo responsabilidades en el cuido de los nietos y nietas, para ser solidarios con los hijos, a pesar de que esta situación pueda estar limitándolos a realizar actividades más acordes con las necesidades propias de su edad.

#### 4.2.2.2 Dimensión Psicológica

En la dimensión psicológica del autocuidado se hace referencia a la autonomía, autoestima, la motivación, así como la sexualidad entre otros. Y las acciones están relacionadas a las conductas que la persona dice que hace o deja de hacer (Bosque 1999).

**a) Componente: autonomía**

En esta dimensión el realizar acciones de autocuidado para algunas personas adultas mayores, les lleva a establecer autonomía, autoconfianza en sí mismos y reafirmarse.

" ahora yo realizo mis cosas como antes, pero cuando pienso ya no poder hacerlo tan bien como ahora (poder comer, salir a comprar); me asusto y le pido mucho a mi Tatica Dios que eso no permita" (Sra. S.J.M).

"el poder realizar mi cuidado personal, me hace sentirme que valgo mucho, no quiero pensar como podría ser eso que no pueda hacerme mis cosas, ya que no tengo a la doñita" (Sr. S.R.).

"mis hijas e hijos son muy buenos y quieren hacerme las cosas por mí, yo me siento mal y les digo que no, no y no. Yo soy feliz y disfruto haciéndolo" (Sra. B.C.).

"me opongo firmemente que los hijos decidan qué cuidados tengo que hacer, yo soy una persona responsable y sé que tengo que hacer para mí misma"(Sra. S.L.).

"les digo a mis hijos, yo no me meto en sus asuntos, por favor no se metan en mi vida, yo todavía me puedo valer por mí misma" (Sra. S.P.).

"el anciano o anciana que se mantiene sano y que realiza sus cuidados en esta sociedad, no es bien vista... Yo siento que somos personas que tenemos los mismos derechos y obligaciones" (Sr. Bv.)

"creo que nosotros los ancianos cuando tomamos conciencia de lo que es mejor logramos cosas grandiosas" (Sr. S.Pb.).

"pienso que la sociedad debe ver en nosotros el reflejo para imitarnos en lo bueno y para evitar lo malo que hicimos en nuestra vida" (Sr. P.S.).

**b) Componente: autoestima**

Otro aspecto asociado fuertemente al autocuidado en la dimensión psicológica es la que permite el mantenimiento de la apariencia física atractiva.

"siempre me gusta estar elegante, andar bien arregladita, a esta edad es muy importante mantener la buena apariencia"(Sra. B.C.)

"que una persona diga que no lo hace por la apariencia y la belleza, yo no sé si lo creería, todos nos cuidamos por ello"(Sra.S.P.)

La apariencia física y la belleza son un valor para el reconocimiento de la persona y en especial del ser mujer. La buena presentación física es reconocida como una expresión de sentir interior, como un reflejo de la autoestima personal.

**c) Componente: motivación**

El autocuidado es asumido por las personas participantes en el estudio como acciones o actividades importantes y excelentes para mantener el bienestar y la salud. Al definir y hablar de las acciones que realizan en términos generales, las expresiones son de mucha firmeza que causan gran convencimiento, pero al confrontar con su experiencia cotidiana, se observa que este significado no se pierde si no que evidencia la existencia de los cuidados que ellos y ellas indicaron, posiblemente asociados a los patrones de hábitos a lo largo de su vida.

En el caso de las personas adultas mayores, mujeres, el autocuidado tiene su mayor énfasis en el aspecto físico, social, emocional y espiritual. Es concebido como acciones que ellas mismas hacen para sentirse bien, y tener salud. Lo asocian como aspectos que dan

armonía y belleza al cuerpo y ayudan a mantenerse joven; por ello, es visto como un legado femenino, innato a la condición de ser mujer de mantenerse presentable, joven y bella. Mientras que para los hombres, el autocuidado es visto como una razón para seguir viviendo y ser aceptado por los suyos, por ello el énfasis es en el aspecto físico y ocupacional.

Es interesante rescatar una crítica que hace una de ellas con respecto a la relación genérica relacionada a la condición de mujer.

> "yo no puedo pensar cómo una mujer se cuide para agradar al marido y que sólo sirva para satisfacer a él. Eso es muy triste, es una cosa horrible que el hombre tenga que decirle a uno que se arregle, es lo peor que yo pienso que nosotras las mujeres somos las que permitimos" (Sra. S. J.M)

Este comentario ayudó a evidenciar que el ideal de tener autonomía para realizar el autocuidado depende más de una necesidad y satisfacción individual, que ser una respuesta a patrones sociales obligados de la que nos habla Montes de Oca (1999), en la realidad cotidiana de muchas mujeres esta visión no se cristaliza.

Otra forma de autocuidarse es un modo de tener reconocimiento y cariño de la prole por el cumplimiento de la misión femenina.

> "al ver a los hijos que me quieren, ayudan y están pendientes de uno, es lo más grande, estoy agradecida que ellos valoren mi esfuerzo, es por todo lo que les inculque en la vida, es muestra de que cumplí mi función de madre, para ellos no hay palabras de agradecimiento"(Sra.S.J.M.)

> "a mí los hijos no me limitaron, los chineaba y los cuidaba mucho ahora tenemos mucha confianza" (Sra. S.P.)

> "yo era tan celosa con el cuido de los hijos; quién más que su madre para criarlos"(Sra. S.L.)

> "es lo más maravilloso que me ha pasado, yo misma les daba de comer, los hacía dormir, jugaba y cuidaba a los güilitas míos... Yo siento que ahora las madres por trabajar ya no pueden cuidar a los hijos"(Sra. B.C.)

El interés propio de mantenerse aceptada socialmente, da la oportunidad de autocuidarse a las señoras, esto se evidencia en lo siguiente:

> "es tan bonito verse bien cuidadita y que todos las personas la admiren a uno" (Sra. B.C.)

> "yo tengo ilusión siempre todos los días que me levanto de estar bonita y arregladita para dar ejemplo a los nieticos" (Sra. S.L.)

"yo pienso que hay que ser responsable con una misma para que nos tomen en cuenta" (Sra. S.P.)

"lo principal es estar presentable para que me admiren"(Sra. S.J.M.)

A la observación se pudo constatar que ellas están pendientes de su arreglo personal y del vestido.

En cambio los hombres, el mantenerse ocupados es visto como una forma de mantener su salud y un medio de obtener reconocimiento y cariño del entorno social. Por tanto las acciones de autocuidado son una razón para seguir viviendo y un modo de ser aceptados por los suyos, no explicitar sentimientos y dificultades para la práctica de autocuidado, que de hecho existen y que podrían estar siendo una opción no correcta para mantener el bienestar.

"uno para mantener la salud tiene que hacer tanto sacrificio, cuidándose mucho especialmente en las comidas y los vicios y también hacer algún mandadito para que los hijos a uno no lo boten de la casa"(Sr. P.S.)

"yo tengo que cuidarme para no enfermarme porque tengo que trabajar para ayudar a la familia, así yo me siento querido por ellos" (Sr. Bv).

"me ha costado mucho ser consciente que hay que cuidarse para tener salud y para poder trabajar, y no ser una carga para los hijos" (Sr. S.Pb)

"yo lucho y lucho por cuidar mi salud y trabajar para reparar en algo lo irresponsable que fui con los hijos"(Sr. S.R.).

**d) Componente: vida sexual**

En relación a la vida sexual Sheehy (1992), afirma que en la vejez no necesariamente se experimenta una disminución del impulso sexual. Las personas participantes en el estudio opinan que la vejez les ha afectado su sexualidad. Consideran que lo más importante fue la relación que han tenido cuando estaban jóvenes. La vivencia del disfrute de la relación sexual es concebido como de los jóvenes, y lo determinan como intimidad sexual.

"idiay eso es cosa de jóvenes, porque lo que es ahora a veces uno tiene ganillas y a veces no, pero ahora eso no es tan importante" (Sr. Bv.).

"me siento en lo sexual como muerta porque no tengo ilusión como cuando joven, además el marido ya esta también viejito ja,ja,ja..... no ayuda en nada" (Sra.S.J.M.).

"la vida íntima en la vejez me ha cambiado mucho, ya no es lo mismo, viera usted cuando era joven siempre era tan galante, enamorador y mujeriego, pero ahora uno ya no tiene salud, platica y idiay aunque uno quiera" (Sr. P.S.).

"mi marido fue alcohólico, que Dios lo tenga en paz y ya viera como era eso señorita, el quería a cualquier momento y en esas condiciones, por eso para mí eso nunca tuvo gusto, cómo va a ser eso así" (Sra. S.L.).

"yo sufrí mucho con mi marido sobre la unión íntima, él era celoso, mujeriego, qué asco, viera pensar cuando estábamos en la intimidad que él estuvo con otra y yo ponía resistencia por ello y viera él me celaba con todos; pero a Dios gracias que un compadre nos llevó al movimiento familiar cristiano y después de 2 años se compuso. Ahora somos felices en eso y hacemos lo que podemos disfrutando el tiempo perdido" (Sra. S.P.).

Las personas mayores entrevistadas que tienen vivas sus parejas llevan una vida sexual satisfactoria y esto lo atribuyen a que ahora han comprendido que lo más importante no es el sexo sino la relación sexual (caricias, diálogo, afecto, etc.) que se mantiene con la pareja. Ya no es tan activo el sexo, el tiempo les ha permitido conocerse y compartir un poco más como pareja.

Esto expresa, que las mujeres manejan una percepción ambivalente sobre la relación sexual en la vejez. El dilema para las personas adultas mayores es comprender un cambio de la naturaleza por la edad.

El matrimonio desde antaño se erigió como destino único y supremo de la mujer a lo largo de los siglos, era la única forma que tenía para desarrollarse en la sociedad, eso sí, siempre al cuidado del varón que se había hecho cargo de ella al casarse.

Las mujeres participantes refieren que la relación de pareja se basa en valores tales como:

*La virginidad,* ejemplo: "era muy importante, lo que más ambicionaban era llegar con velo y corona al matrimonio y vírgenes, no como ahora que llevan la gran pancita debajo del vestido de novia; la que se casaba iba como Dios lo manda" (Sra. S. P)

*Ser mujer,* ejemplo: "es saber hacer todas los oficios bien hechos..., los matrimonios de nosotras duraron más porque como mujeres sabíamos cocinar y lavar..., si una mujer anda callejeando el marido se aburre y se va, por eso es que hoy parte de los matrimonios que hay aquí duran, ¡bueno!, duran hasta que uno de los dos muera"(Sra. S.J.M.).

*El matrimonio,* ejemplo: "es algo muy serio y cuando las personas se casan es para toda la vida" (Sra. S.L.).

La mayoría de estas participantes refieren que desde su infancia fueron educadas con la idea de que el matrimonio era vocación femenina ineludible, que le depararía amor, un hogar, comida y garantías legales, a cambio de convertirse en un elemento más de bienes maritales, matronas sin descanso, siempre lista en la cama y sin ningún deseo de autorrealización.

En la actualidad el haber superado estas condiciones "hacia la libertad", según lo mencionan ellas, ha propiciado que cada una se realice personalmente y viva plenamente reconociendo que "ellas no son diferentes a los hombres" y que por lo tanto tienen los mismos derechos, de ahí que resalten la importancia de darse a valer y respetar como seres humanos que son.

En resumen, las personas participantes en el estudio evalúan las circunstancias sobre los acontecimientos de su vida en la que han puesto de manifiesto que los factores contextuales vividos como patrones de crianza, sus creencias y costumbres, vida familiar en el que se desenvolvieron contribuyó a que hoy en día tengan un autocuidado psicológico y se sientan satisfechas con sus vidas.

Entonces, la dimensión psicológica del autocuidado radica en cómo las personas participantes se han entrenado para los cambios de su vida y lo que han hecho respecto a sus circunstancias desventajosas de una forma positiva. Una de las bases teóricas que fundamentan lo anterior es la teoría de la continuidad y de la aceptación; durante su vida de las personas adultas mayores participantes desarrollaron actitudes, valores y costumbres que hoy se encuentran vigentes en la cotidianidad.

La vejez, como cualquier etapa es un tiempo de continuo desarrollo y cambios en su vida familiar, en sus relaciones, en su vida interior, y no es un período estático. Por lo que para mantener el sentido de sí misma con orgullo y dignidad a veces es necesario tener en cuenta los recuerdos positivos de experiencias pasadas, de privilegios o pertenencias que tuvieron, de relaciones ya terminadas, estas categorías reconceptualizan la importancia de mantener en las personas adultas mayores participantes esta dimensión del autocuidado y fomentarla en la vida de las personas desde edades tempranas.

**4.2.2.3 Dimensión social**

Las acciones de la dimensión social están relacionadas con la estructura familiar: el sentido de pertenencia y la relación de afecto: desempeño de roles y redes de apoyo que les permite estar integradas a su familia y a la sociedad (Alba, 1996).

La familia moderna centra la fuerza de la integración familiar en la unidad afectiva de la pareja marital y resta importancia a las relaciones consanguíneas más allá del vínculo inmediato de padres e hijos menores; son autónomos de la parentela para la toma de decisiones y en la crianza y formación de los hijos. Por eso, a muchas de las personas mayores les toca vivir distanciados al menos relativamente de los hijos e hijas casadas, pues generalmente son considerados intrusos que pueden inferir y provocar conflictos intra e interfamiliares. En estas condiciones, tienen que recurrir a parientes cercanos (Tamaez, 1999).

Como puede verse, en el caso del Cantón de Barva a pesar de tener ámbito urbano y citadino tiene una marcada tendencia a que las personas adultas mayores estén insertas en la familia de los hijos e hijas casadas. Creemos que hasta ahora en las familias de las personas adultas mayores participantes del proceso investigativo hay un proceso de encauzamiento de interrelaciones intergeneracionales equitativas; donde reciben y dan cariño, afecto y ayuda.

**a) Componente: estructura del entorno social**

El entorno social ha sido conceptualizado como el conjunto de personas consanguíneas o no que rodean al individuo (estructura) y que establecen relaciones sociales (conductas) en la cual se da un proceso interactivo, en donde se puede obtener ayuda emocional, instrumental o financiera para satisfacer necesidades básicas que incluyen el afecto, la estimación, la pertenencia, la identidad, la protección, el compartir y la seguridad de las personas (Berkman, 1995 y Bowling, 1997).

El encuentro de varias generaciones significa la conformación de varias visiones del mundo, por la que la convivencia intergeneracional como cualquier interacción humana no está exenta de tensiones y conflictos. Además los períodos de ocurrencia de ciertos eventos familiares, podrían postergarse o multiplicarse como resultado de la reorganización en el curso de la vida de las personas.

Con relación al entorno social de las personas participantes en el estudio, cuatro de las ocho personas dos hombres y dos mujeres viven con el o las esposas, hijo o hijas y nietos. Así el entorno social de la Sra. de San José de la Montaña es su esposo, hijo soltero y una hija casada con tres hijos: dos adultos y un adolescente. La Sra. de San Pedro convive con el esposo, la hija que es viuda y sus tres nietos; y dos nietos del hijo fallecido. El Sr. de Buenavista esposa, una hija, su esposo y dos , nietos. Y el Sr. de San Pablo Esposa, hija soltera y cuatro nietos de dos hijos fallecidos

Mientras que las otras tres de las ocho personas viven con las hijas o hijos con sus familias ya sea porque se quedaron viudas o por estar divorciada. Tal es el caso de Sra. B.C. quien convive actualmente con la última hija, yerno, cuatros nietos: dos adultos, un adolescente y un niño de 9 años. Sra. S. L. vive con el hijo, la nuera y cuatro nietos menores de 15 años. Y el Sr. S.R. la última hija, yerno y cinco nietos menores de 15 años

Cabe resaltar que el entorno social del Sr. P.S. está conformado por su hermana, una sobrina (hija de su hermana), el esposo de ésta, y los tres hijos de ella. Esto es debido a la separación con la esposa ya que ella es apoyada por los y las hijas.

**b) Componente: sentido de pertenencia a la familia, interacción familiar y relación de afecto**

Las buenas relaciones familiares según los participantes se caracterizan por tener condiciones que propiciaron la consolidación de pertenencia a la familia reforzando la capacidad de asumir responsabilidad, de cumplir sus funciones esenciales en la sociedad: ayudar, cuidar y compartir. Según Fuster (1997), refiere que la mayoría de las personas adultas mayores mantienen contacto frecuente con la familia, de la que recibe ayuda, servicio y apoyo importante.

En este estudio la afirmación del autor es válida ya que las personas participantes mencionan y de la observación realizada se observó que los hijos e hijas son fuente de apoyo, de cariño, ayuda económica y de salud.

Concretamente al reflexionar sobre el sentido de pertenencia a la familia, el autocuidado da sentido a la vida de las mujeres adultas mayores participantes, pero a la vez removió

sentimientos de afecto, pensamientos sobre dedicación y cuido a los hijos. Esto se expresa en lo siguiente:

> "ahora vivo para mi familia y por mí misma" a la observación reiteradamente los miembros de la familia la acarician y le dirigen con palabras llenas de afecto. (Sra. S.J.M).
>
> "lo más lindo es sentirme importante y querida por mi familia" a la observación ella muestra muy orgullosa el lugar preferencia que tiene en la casa Sra. B. C.

Cabe mencionar que la familia contribuye para que las participantes en la actualidad, logren satisfacer la necesidad de amor, apoyo, afecto y cariño de manera recíproca. Estos le proveen una relación emocional estable significativa.

> Sra. S. L. "conversamos diariamente con la familia... vamos a misa juntos y cuando ésta termina paseamos y compramos algo. Esto me hace sentir tan, tan orgullosa y querida por ellos". A la observación se constató que la relación de afecto es recíproco y que tienen una vida armoniosa.
>
> Sra. S.P. "los hijos son lo mejor que nos ha sucedido en la vida..., a pesar de las dificultades y problemas que he tenido, mis hijos son el aliciente para seguir viviendo". Las relaciones que se pudo observar son muy afectuosa y lleno de cariño.
>
> Sra. S.L. "por los hijos y el amor que les tengo a ellos, lo he soportado todo".

En el caso de las personas adultas mayores, hombres, explicitan sentimientos y dificultades que existieron con sus familiares los cuales le producen pensamientos y sentimientos de culpa por considerar que no han cumplido con su rol de padre y a la observación ellos muestran inhibición del comportamiento para hacer expresiones de afecto con los y las hijas. Esto se evidencia en las expresiones y observaciones siguientes:

> Sr. P.S. "los hijos no son para mí". El día de su cumpleaños, se pudo observar que el hijo vino de Tres Ríos y la hija de San Carlos le llevaron regalos y fueron a darle un abrazo, y él no respondió.
>
> Sr. Bv. "me considero que yo fui un buen esposo y padre, aunque un poquito autoritario, rígido, poco cariñoso con ellos, por que siempre trabajé duro y me cansaba" observación cuando el hijo se acerca para alcanzarle algo no agradece y lo recibe de mala manera.
>
> Sr. S.R. " yo traté de criar a mis hijos con rigor para que sean buenos" observación Cuando se acercan a conversar los miembros de la familia, estos lo hacen con palabras amables papacito yo le ayudaré a hacer la finquita, él dice por qué me dice usted así, parece güila; yo puedo hacerlo".

> Sr. S.Pb. "por mi trabajo yo no compartía con ellos, solo la doñita lo hacía" observación cuando llega el hijo cambia de carácter y se aísla. "Por que fui muy fuerte y poco cariñoso con ellos, lo que me pasa es que ahora no chineo al chiquito delante de ellos, no quiero que vean que me estoy encariñando con el nieto".

La tendencia a sentirse culpable puede ser un signo de que los señores se enfrentan o están indicando sentimientos de culpabilidad, como respuestas a su autopercepción de irresponsabilidad que consideran tuvieron durante la crianza de los hijos, de haber dejado oportunidades de interrelacionarse y al estado de soledad que ahora viven.

Las buenas relaciones familiares de las mujeres participantes se caracterizan por tener condiciones que propician la consolidación de la familia; la capacidad de asumir responsabilidades, de cumplir sus funciones esenciales en la sociedad: ayudar, cuidar y compartir (Bradford, 1994). La existencia de un entorno social organizado, es el apoyo más importante en sus vidas, ya que este provee algunos o todos los recursos, cuidados y contactos sociales que determinan la vida del anciano en su propio hogar así como la calidad de sus vidas (Lacroix, 1992).

> "ahora que mis hijos están grandes, me brindan apoyo y ayuda económica..., se preocupan por mi salud y me llevan al médico"( Sra. S.J.M.).

> "para mí la familia es lo primero, a mi me gusta estar con ellos, son muy buenos todos me dan mi platica, yo siempre estuve con ellos en la buenas y en las malas"( Sra. S.L.).

El cariño, el amor, la protección y seguridad que brinda la prole, constituyen un factor para tener bienestar y sentirse realizadas personalmente.

A través del tiempo las familias han enfrentado importantes transformaciones; las mujeres saben mejor que nadie porqué, puesto que ellas han tenido que hacer acopio de flexibilidad, fortaleza e inventiva para hacerle frente a la multiplicidad de nuevas demandas y responsabilidades, así como a la limitación de recursos y los cambios en la estructura social y económica.

Para Reich (1978) poder cumplir con el papel de eje familiar, las mujeres madres tienden a olvidarse de sí mismas, situación que les conlleva la obligación de preocuparse sólo ella de los hijos y aún todavía de los maridos. Esto las convierte en madres y esposas abnegadas, roles ahora criticados por ellas mismas y aconsejan a las hijas y a las conocidas para cambiar esta situación.

"yo he sido mamá y papá, formando a los hijos, el hombre no es para eso. Nunca me ayudó a criarlos. Por ello creo que ahora ellos son muy cariñosos conmigo... Por eso yo les digo a mis hijas y vecinas que no sean tontas, que si el marido no es bueno que salgan adelante con sus hijos que mañana y mas tarde los hijos si agradecen los maridos no"( Sra S.P.).

"antes por los hijos se aguantaba todo, ahora es diferente y está muy, pero muy bien. Yo aguanté tantos años por ellos pero hace 15 años que me separé; como los hijos estaban grandes, ya no podría seguir soportando"( Sra. B. C.).

En la edad adulta tienen lugar importantes cambios en la configuración, características y uso de la red social de apoyo. Aunque las características y factores personales explican en parte la medida en que las personas desarrollan, mantienen relaciones sociales y redes de apoyo, diversos factores sociales y estructurales también son importantes. Para las personas participantes, mujeres, el apoyo se define a partir de las relaciones sociales cercanas que ellas establecen.

Algunos miembros del entorno social son cariñosos y brindan apoyo mientras que otros no se ocupan de la persona mayor. No hay una manera específica de cómo se relacionan los adultos mayores con el entorno social, algunos juegan un papel importante en la estructura del entorno social mientras que otros no. La mayoría de ellos buscan en su entorno social apoyo cuando tienen problemas y/o en momentos de crisis y esperan que los ayuden, mientras que otros no consideran al entorno social como centro de apoyo (Hooker, 1990).

Al respecto Rutter (1991) refiere que la experiencia social agradable probablemente ayude a mejorar los aspectos de autoconcepto, unido a las experiencias que puede derivarse de características personales. Las personas participantes evalúan las circunstancias sobre los acontecimientos de su vida en la que han puesto de manifiesto que los factores contextuales vividos como patrones de crianza, niñez, adolescencia, vida familiar, vida comunitaria y el contexto socio ambiental en el que se desenvolvieron contribuye a que hoy en día se sientan satisfechos con sus vidas y encaren las dificultades de la vida y de la salud con una actitud positiva y confianza de que pueden salir adelante.

Unidos a los fundamentos teóricos anteriormente referidos está la teoría de la adaptación, la cual da énfasis en ciertos roles, actividades llevadas a cabo en determinadas etapas del ciclo de vida; lo que se refleja por ejemplo cuando las personas participantes indican

haberse adaptado a sus cambios biológicos, sociales, económicos, psicológicos y culturales. En la dimensión biológica practican otro tipo de actividades físicas, recreativas y culturales, como lo son: caminar, gimnasia pasiva, participar en grupos de la comunidad que tienen como características ser del mismo grupo etáreo, lo que va acorde con sus capacidades y destrezas actuales.

**c) Componente: desempeño de roles en el hogar propios y compartidos**

Handock (1997), manifiesta que la pérdida de roles que la persona adulta mayor vive, es superada mediante la consolidación de nuevos roles, para el caso en estudio las participantes mencionan un cambio de roles junto a los cuales se encuentra que son menos dependientes, tienen mayor posibilidad de tomar decisiones con respecto a lo que quieren hacer de sus vidas mencionando *"ahora somos más libres"*.

Una de las bases teóricas que fundamentan lo anterior es la teoría de la continuidad; durante su vida las personas adultas mayores participantes desarrollaron aptitudes, valores y costumbres que hoy día se encuentran vigentes en su cotidianidad.

La teoría de la continuidad plantea que la pérdida de roles que la persona adulta mayor vive, es superada mediante la consolidación de nuevos roles, para el caso en estudio las participantes mencionan con relación a lo anterior que asumen un rol de madre menos activo que el que tenían, unido a este rol aparece el de abuela, el cual mencionan es muy gratificante.

> "yo siento que todavía, como que sigo siendo mamá pues crió a los nieticos. Aunque se que no son mis hijos, pero idiay" (Sra. S.P.).

> "ahora que soy abuela me encanta que me dejen las nietitas un ratito. Pero ya no criarlos, no este es mi tiempo, yo ya crié a los míos. Sabe además uno debe quererse un poquito y decirles no me toca ya cuidarlos a tus güilas. (Sra. B.C.).

> "cuando yo tengo tiempo, quiero y los puedo disfrutar, pero a mi no me ponen un momentito más por nada" (Sra. S.L.).

> "yo cuido a los güilas de mi hija, sí yo los tengo un rato y después los llevo a sus otros abuelos que ellos si los ven" (Sr. S.Pb).

> "se quiere mucho a los nietos pero ya uno cumplió con esa obligación. Este tiempo es para hacer cosas que querramos. Cada uno le toca un momento para cuidar" (Sra. S.J.M.).

El cuido de los nietos es el rol que continúan realizando en el caso de las personas adultas mayores.

**d) Componente: redes de apoyo según las personas adultas mayores**

La existencia de apoyo social "entendido éste como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas" (García, 1997) en las personas adultas mayores, reflejan una estructura social caracterizada por la familia, vecinos y el grupo de la comunidad. Ésta les permite satisfacer necesidades en situaciones cotidianas y de crisis, además, le da oportunidad para potenciar, crear y mantener factores que mejoran su salud y le dan bienestar.

Algunos autores tales como García (1997) y Ramírez (1991) entre otros, mencionan en la literatura dos tipos de apoyo: el formal e informal. El primero está dirigido a aquellas organizaciones o instituciones que la sociedad ha estructurado para apoyar a este grupo etáreo. En el segundo, se encuentra integrado por la familia, amigos, vecinos, se caracteriza por una interacción humana natural, espontánea, frecuente.

Es probable que en su familia, desde que la persona es adulta mayor, tienden a tratarlo con actitudes sobreprotectoras que lo hacen sentirse incómodo ande la posibilidad de depender.

> "cuando mi familia me trata así, con tanto chineo, y con piedad me da tristeza, me siento decaído, me siento decaidito" (Sr. S.Pb.).

La relación que hace la persona de la capacidad de realizar actividades por uno mismo, en contraposición con la edad, y la tristeza o añoranza de la juventud, traslucen la tendencia actual de la persona mayor. Esto indica el desconocimiento del proceso de envejecimiento y por ende un indicador al mismo tiempo, de la no aceptación de su ciclo de vital.

> "para mí la familia es lo primero, a mí me gusta estar con ellos, son muy buenos todos" (Sra. S.J.M.)

> "yo he sido mamá y papá, el cuidar de los hijos no es de hombres. Nunca me ayudó a cuidarlos. Por ello creo que ahora ellos son muy cariñosos conmigo" (Sra. B.C.)

> "yo me dedicaba a trabajar y a proveer las cosas necesarias para la casa y desatendí el cuidado de mis hijos" (Sr. P.S.)

Considerando que para una persona adulta mayor el entorno social significa más que vivir bajo el mismo techo, lazos afectivos, de apoyo, seguridad, compañía entre otros. Este

entorno social incluye parientes cercanos, parientes lejanos, vecinos y amistades. Este se puede conformar debido a que él o ella no tiene hijos o hijas o los y las hijas viva largo, o por el contrario por conflictos durante sus vidas o por ciertas situaciones.

El apoyo, la seguridad y la compañía dependen de la historia familiar, sobre las relaciones de afecto establecidos a lo largo de la vida, el aspecto cultural y la situación actual de los miembros de la familia ( Hooker, 1990 y Lacroix, 1992).

En la edad adulta tiene lugar importantes cambios en la configuración, características y uso de la red social de apoyo. Aunque las características y factores personales explican en parte la medida en que las personas desarrollan y mantienen relaciones sociales y redes de apoyo, diversos factores sociales y estructurales también son importantes (Tamez, 1999).

El apoyo se define a partir de las relaciones sociales cercanas que se establecen. La misma autora sostiene que los vecinos constituyen también una fuente esencial de apoyo y ayuda en la vejez, dado que las amistades en esta etapa de la vida son una fuente importante de apoyo instrumental como emocional. Estas relaciones proporcionan intimidad emocional, compañía, socialización y compartir necesidades e intereses mutuos, sobre todo en quienes han vivido durante largos períodos de tiempo en el vecindario.

La existencia de apoyo social "entendido éste como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas" (García, 1997).

Con relación a las familias Bradford (1994) menciona que éstas pueden de tiempo en tiempo ser objeto de fuertes cambios sacudidores, argumenta que hay tres factores que ayudan a las familias a enfrentar los problemas. El primero es el descanso, es decir un período de tiempo durante el cual están aliviados de la mayor cantidad de exigencias posibles de tal modo que pueden enfrentar las dificultades del ajuste. El segundo es el consejo y la información proveniente de aquellos que han pasado por una situación familiar y saben como manejarla. El tercero es el apoyo emocional derivado del contacto con las personas que quiere. Todo lo expuesto por este autor puede ser claramente ejemplificado por las personas adultas mayores.

> "cuando mi esposo se iba a morir yo me sentía muy mal, a pesar de que él tomaba y me había hecho sufrir mucho, a pesar de eso yo lo quería mucho, al morir, mis hijos

siempre estuvieron a mi lado brindándome apoyo y comprensión, preocupándose por lo que yo sentía en ese momento"(Sra. S.L.)

"yo tengo una situación especial, yo soy divorciada, pues en mi matrimonio no me fue bien, ahora estoy separada"(Sra. B.C.)

En las personas adultas mayores, se refleja una estructura social caracterizada por la familia, vecinos y el grupo de la comunidad. Esta les permite satisfacer necesidades en situaciones cotidianas y de crisis, además, les brinda una mayor oportunidad para potenciar, crear y mantener factores que mejoran su calidad de vida.

Los nietos contribuyen como un factor protector porque con ellos la persona adulta mayor logra satisfacer la necesidad de amor, estos le proveen una relación emocional estable significativa. La mayoría de las personas adultas mayores refieren que al no tener cuidado directo de sus nietos, les permite establecer una relación más estrecha en la que el apoyo, el afecto y el cariño son compartidos.

"ahora vivo por mis nietos y por mí misma". Lo más lindo es que me digan abuelita, me hace sentir importante y querida". La palabra abuelita significa para mi ternura"(Sra. S.J.M).

Con respecto a los hijos:
"los hijos son lo mejor que tengo en la vida, mis hijos son la razón para seguir viviendo"(Sra. S.L.)

"los hijos me quieren tanto, y me dan de todo" (Sra. S.P.)

"ahora que mis hijos están grandes, me brindan apoyo y ayuda económica..., se preocupan por mí" . (Sra. B.C.)

El cariño, el amor, la protección y seguridad que brindan los hijos constituyen un factor importante en la vida de las personas mayores. Sus vidas en el matrimonio adquirieron sentido con la presencia de los hijos, les permitió realizarse como mujeres y madres. Las personas participantes, en su mayoría, consideran que al compartir el bienestar logrado por sus hijos hace que ellas se sientan realizadas personalmente.

#### 4.2.2.4 Dimensión espiritual

La dimensión espiritual del autocuidado devela los valores trascendentales que le permite ejercer con plenitud la naturaleza humana. Dentro de las acciones se consideran la

religión, prácticas religiosas, valores humanitarios y sentido de vida y muerte (Tarrasco, 1996).

Es importante mencionar que las personas adultas mayores participantes en el estudio todos profesan la religión católica. La prácticas religiosas de la niñez se hace latente en las etapas posteriores hasta llegar a la vejez. Para Gutiérrez (1995) la necesidad que surge en las personas adultas mayores de acercarse a las creencias religiosas, están relacionadas con fuerte ansiedades, sentimientos de culpa o de temor a la muerte que le lleva a un arrepentimiento profundo.

**a) Componente: religión**

Para aquellas personas que no habían sido tan practicantes, en esta etapa de la vida parece ser que esa necesidad se activa con gran fuerza. La alimentación espiritual les ofrece una posibilidad para estar más en contacto con el Ser Superior que les facilita la paz interior y les brinda espacio para la meditación.

"cuando yo era joven yo no estaba cerca de la religión, era un poco diferente (Sra.S.P)

"mi contacto con la religión era más o menos, no se puede decir que hubo un gran contacto" (Sr. S.Pb).

"la formación religiosa en la niñez y adolescencia, fue determinante para la aparición de una fuerte creencia religiosa en esta etapa de la vida" (Sra. B.C.).

"mi mamá y mis abuelos, eran sumamente católicos a la usanza y así yo fui criada, entonces me fui entrando en ese desarrollo doctrinario de la religión católica" (Sra. SJ.M.L.).

"mi mamá era muy religiosa, de chiquillo me llevaba a misa e insistía en ello en esto era exigente, si era exigente" (Sr.P.S.)..

"todos los domingos había que ir a misa, claro, pues, yo un domingo no podía hacer nada si no iba" (Sr. S. R.).

"si no iba a misa había un malestar, me regañaban y se enojaban mis padres, yo veía el enojo en sus caras durante toda la semana y yo me sentía mal, pero lo aceptaba, me quedaba en silencio y no decía nada" (Sr. Bv.).

"en mi niñez gracias a Dios la religión de mi familia me fue transmitida a mi" (Sra.S.L.)

La vida de las personas adultas mayores y todos sus actos como cristianas que son están orientadas a dar culto a Dios, cumpliendo su voluntad para gozar con Él en la otra vida, tal y como lo aprendieron de sus padres. Esta actitud fundamental se matiza según las personas, las situaciones y las circunstancias de modo que cada cristiano se esforzará por enderezar su vida hacia Dios del modo que le sea más propio. Cada persona y estilo de vida tiene su peculiaridad en su acercamiento a Dios; este modo particular de vivir la vida cristiana le llamamos espiritualidad.

**b) Componente: prácticas religiosas**

Por tanto, la Sra. S.P. al hacer referencia que en su infancia hizo dos veces la primera comunión, independientemente de la veracidad del hecho, evidencia la importancia que para su desarrollo infantil, tuvo un contexto religioso. Siendo el grupo familiar de origen sumamente religioso, inculcaron principios morales muy fuertemente.

> " viera muchacha que yo soy tan católica que hice dos veces la primera comunión y de eso me siento orgullosa"

La preocupación y la tristeza que muestra la Sra. S.L. ante la imposibilidad de rezar el rosario con su familia, puede indicar por un lado, la frustración ante necesidades insatisfechas y por otro lado, temor de enfrentar la vejez sin ayuda de la religión, por la existencia de nostalgia culposa o ansiosa.

> "a mí me gusta mucho rezar todos los días, y de una fecha para acá ya no lo podemos hacer en familia, cuando mis nieticos estaban chiquitos todos rezábamos el rosario todos, pero ahora que crecieron ni quieren saber nada, me da mucha tristeza".

Por otro lado la Sra. S.J.M. al hablar con un sacerdote de su Iglesia, por no poder rezar en familia, podría sugerir la existencia de fuertes sentimientos de culpabilidad en la persona, que se ve incrementado cuando no se lo realiza.

> "cuando ya no puedo rezar en familia, voy al sacerdote de mi Iglesia para hablar con él. Y le pedí que me ayuda a obligar a mis hijas y nietos para que lo hagan, pero nada señorita, el sacerdote como que le da la razón a ellos, ¿cómo cambian los tiempos verdad?".

Para las personas la espiritualidad está representada mediante la fe en un ser superior que es Dios". Aspecto relacionado con la satisfacción de sus necesidades espirituales humanas (amor, seguridad, reflexión, aprobación y responsabilidad) y la tendencia al compromiso religioso y a la intuición. Toda su vida y todos sus actos están relacionados a dar culto,

cumpliendo su voluntad para gozar con Él en la otra vida, tal y como lo aprendieron de sus padres (Larrañaga, 1998).

> "por ser una cristiana los mandamientos para mí son la enseñanza mas linda de Cristo, allí esta todo lo que tenemos que hacer" (Sra. S.J.M.).
>
> "pienso que Dios es tan bueno conmigo de que siempre me bendice y me tiene cobijada entre sus brazos" (Sra. S.P.).
>
> "mis padres imprimieron en mí el ánimo de ser, la responsabilidad, la disciplina, la lucha por el trabajo y deseos de vivir" (Sr. Bv)
>
> "es que .... Es que yo tengo el recurso más valioso, rezar, pedirle a Dios que me ayude" (Sra. S.L.).
>
> "fumaba y tomaba guaro mucho, fue un acto tonto mío, las consecuencias mire donde estoy pegado, porque si no yo no estaría así" (Sr. P.S.).

**c) Componente: valores humanitarios.**

La práctica religiosa como responsabilidad social es muy reconfortante para la persona, así se cumple dos propósitos al mismo tiempo, la participación social y el enrriquecimiento espitirual. Asimismo, la oración les ofrece paz interior, es una forma de estar en contacto consigo mismas y con los demás. La línea más espiritual de la mayoría de las personas participantes es la del servicio a los demás, en la que se asume como una vivencia de la fe, del amor a Dios y al prójimo.

> "yo en la Iglesia, pertenezco en el grupo que luchan por la unidad familiar" (Sra. de Sra. S.P.).
>
> "por mi fe yo participo en grupos de la Iglesia" (Sra. B.C.)
>
> "practico mi fe, visitando a los hermanos enfermos" (Sr. Bv)
>
> "cada día yo rezo mucho por los enfermos, por las personas que pierden a su familia para que tengan fortaleza de superar todo" (Sr. S.Pb.).

**d) Componente: sentido de vida y muerte.**

La vida y la posibilidad de fenecer les motiva también para buscar la comunión con un Dios al cual hay que dar cuenta de los actos terrenales. Por otro lado, para algunas personas adultas mayores participantes es más fácil atender la situación general y de salud en particular en forma resignada si la explican como un mandato divino (Giron, 1999).

En este caso las personas participantes al tocar este aspecto cuatro de ellos manifestaron con gran serenidad y sus rostro reflejaban paz interior. Refirieron también que hace mucho tiempo que se vienen preparando para ello.

"yo estoy lista para ese encuentro con mi Señor" (Sra. S.J.M)

"yo no tengo miedo a la muerte, estoy preparada siempre me confieso y comulgo todas las veces que puedo" (Sra. S.L.)

"cuando uno está con Dios, no se teme a nada, si todos vamos a morir algún día"(Sr. S.Pb)

"yo me vengo preparando para ese día, hoy trato de estar más con Dios y esperarlo"(Sr.Bv)

**Otras opiniones**

Los efectos del autocuidado de por sí producen sentimientos de satisfacción son vistos como regalo de Dios, esto ofrece una explicación trascendental de su propia realidad.

"gracias a Dios, creo que por lo que me cuidé cuando era joven ahora tengo buena salud y me siento bien" (Sra. B.C.)

"a pesar de todo, la salud que tengo se la debo a Nuestro Señor y a Nuestra Señora de los Angeles"(Sra. S.L.)

"si ahora estoy sanita, fue por que Dios me dió la fuerza de voluntad para cuidarme"(Sra. S.P.)

"la salud que tengo es un don de Dios"(Sra. S.J.M.)

En resumen para las personas adultas mayores Dios constituye *amor*, les da la fuerza, fortaleza y sabiduría, por medio de la oración individual, la asistencia a misa y la pertenencia a grupos religiosos. Ejemplo de lo anterior es que éstas personas consideran que Dios es lo más importante en sus vidas y refieren en su mayoría *"con Dios todo lo puedo"*. Por la fe en Dios las personas adultas mayores han logrado de igual manera fortalecer aquellos aspectos positivos de sus vidas que les permiten mantener el equilibrio.

**4.2.2.5 Dimensión cultural**

El autocuidado como dimensión cultural sostiene que las personas mayores adoptan diferentes conductas según la concepción que tienen de las distintas relaciones que ellos mantienen con las demás personas y dentro de los grupos en los que están inmersos. Estas

concepciones prefijadas son respuestas de su propio yo, pero también son efecto de las representaciones que ellos tienen de sí mismos y que valoran en determinado sentido su identidad y autoconcepto; las acciones están en relación con los hábitos de crianza y los estereotipos (McAlister, 1998).

Gardinier (1994), permite analizar como los padres y características de la época adquieren un significado positivo en sus vidas. Dado que la familia continúa siendo una de las instituciones primarias de socialización genérica en todas partes del mundo, se hereda las costumbres de los padres, todos estos elementos que en un principio no fueron aceptados por completo, tal como lo reconocen las personas participantes del estudio al manifestar en su mayoría "las enseñanzas de mis padres me ayudaron a ser lo que soy y lo que tengo hoy en día".

**a) Componente: crianza**

Esta perspectiva que tienen de la vida, en su niñez y adolescencia no fue del todo gratificante para los participantes, sin embargo, fue el modo cómo superaron las adversidades lo que les provee de un factor positivo actualmente, mostrando que la fuerza interior que socialmente fue reprimida, les permitió desarrollarse como personas.

La época de crianza vivida por las personas adultas mayores participantes, les ayudó a encarar las dificultades de la vida con una actitud positiva y confianza de que pueden salir adelante. Permitiéndoles ser entrenados en los cambios de su vida y enfrentar las circunstancias desventajosas de una forma positiva.

> "...los padres siendo estrictos buscaban lo mejor para nosotras, ahora entiendo porque era eso, pero nunca nos faltó nada" (Sra. S.P.).

> "viera qué madrecita tenía yo, pero en una mano estaba el amor y en la otra el rigor, si no hubiera sido por ello, creo que no hubiera sido un buen hombre, ella siempre estuvo pendiente que no nos falte nada" (Sr. S.Pb.).

> "Idiay, si a uno como mujer los padres no le hubieran metido rigor, Dios guarde como hubiera sido mi vida. Pero le cuento que de todo tuvimos los hijos" (Sra. B.C.).

> "yo, aprendí a golpes del tata y del cariño de mi madrecita, ahora me siento muy orgulloso de ellos. Ella, estaba muy pendiente de nuestra comidita" (Sr. Bv.).

A pesar de que los padres se caracterizaban por ser rígidos y semi-autoritarios, ya que no les brindaban la libertad de hacer las cosas que las personas participantes deseaban, si satisfacían sus necesidades básicas. Actualmente creen que eso les ha permitido valerse y vivir la vida, porque les enseñaron valores que permitieron en el contexto social en el que se desenvolvieran, aceptar las costumbres de la sociedad y luchar por sobrevivir en ella.

En el devenir del tiempo las personas enfrentaron importantes transformaciones; y consideran que la etapa actual que están viviendo es diferente, para algunas la mejor.

> "esta es la mejor etapa de mi vida, es la que había soñado para poder descansar de tanto sufrimiento" (Sra. B.C.).

> "yo me siento muy contenta en esta etapa de mi vida, pues ahora veo a mis hijos que están bien" (Sra. S.J.M.).

> "yo doy gracias a Dios por la vida y la salud que tengo. Cuantas amistades de mi edad ya murieron o están enfermitos y yo fuerte como roble" (Sr. S.R.).

> "yo estoy satisfecha de mí misma, de la vida que Dios me ha regalado, yo que hice para merecer tal favor. Yo no me siento tan viejita pero tengo muchas cosas que hacer y aprender todavía"(Sra. S.P.).

> "a pesar de la edad no me siento vieja, sí sé que tengo mas experiencia gracias a la oportunidades de la vida y esto me da la oportunidad de dar consejitos acertados, aunque a veces en el momento que los digo no son bien recibidos" (Sra. S.L.).

> "soy un viejo, pero siento que pienso mejor, de joven perdí tiempillo" (Sr. P.S.).

> "viera que para mí esta es la etapa más bonita mi vida pues tengo la suerte de tener una familia maravillosa que me quieren y me aceptan y me ayudan mucho en todo"(Sr. Bv.).

**b) Componente: hábitos**

El considerar al autocuidado como comportamientos aprendidos durante su vida, removió a las personas entrevistadas sentimientos e ideas sobre la dedicación y cuidado que recibieron de su madre y padre; que posteriormente han trasladado a sus hijos, ya que su responsabilidad es la de inculcar en ellos hábitos (en el caso de las personas adultas mujeres) y el velar que estos se cumplan (en los hombres). La evocación de los recuerdos sobre los hábitos adquiridos, despierta vivencias y añoranzas, son un momento muy fuerte de recuerdos familiares que les produce ansiedad casi a todos los participantes.

> "usted no sabe lo que siento yo, cuando pienso cuanto aprendí por un lado la enfermedad y por otro las costumbres de mi mamacita" (Sra.S. L.).

"viera qué madrecita tenía yo, teníamos que practicar la higiene y cuidarnos en la alimentación, aunque éramos pobres pero bien alimentados" (Sra. S. P.).

La dedicación y la responsabilidad de la madre para inculcar los hábitos de autocuidado y el autoritarismo del padre pueden ser hechos que permitieron el aprendizaje en estas personas.

"mi señora madre era tan dedicada para cuidarnos y viera mi padre como era de duro para que nosotros aprendiéramos a cuidarnos y para la comida" (Sr.S.R.)

"a mi madre no le gustaba que comiéramos cualquier cosa, nos daba lo que queríamos; y conque amor nos enseñaba para ser limpiecitos pero mi padre decía que de todo tenemos que comer, y cuando estábamos sucias nos castigaba y regañaba a mi adorable madrecita, ella se esforzaba mucho por que tengamos buena salud" (Sra.B.C.)

Para cumplir con los hijos y enseñarles autocuidado, la madre se olvidaba de sí sacrificándose. Esto es explicado por Richers (1999), que esta situación se da precisamente por la obligación que sienten las mujeres de preocuparse por los hijos.

"mi adorada madrecita (muy angustiado mientras habla) no sé que hacía, porque mi tata era borracho, pero de ella lo que recuerdo es estar lavando aunque sea de noche para que siempre estuviéramos bien limpiecitos y bien alimentados" (Sr. P.S.)

"la verdad no sé, como aprendí a cuidarme y alimentarme bien, pues mi padre en el guaro y mi madre recogiendo café y nosotros los güilas teníamos que hacernos todo" Yo no recuerdo como aprendí, aunque a mi madre siempre le gustaba vernos limpios y bien comidos"(Sr.Bv.)

"yo soy hija de una gran mujer que en todo sentido fue madre y padre y que sus convicciones, su manera de ser y su criterio es que nos ayudó mucho para aprender lo que sabemos"(Sra.S.J.M.).

Los discursos vertidos por las personas adultas mayores expresan la idealización de la figura materna y negación del padre. Es posible que el lenguaje verbal, no verbal y las vivencias de los sujetos, en cuanto a los aprendizajes de autocuidado se lo deben a las enseñanzas de la madre a quien gratifican. Los rasgos de la madre puede haber influido para que desarrollaran comportamientos de autocuidado. Dicha idealización, probablemente es consecuencia de la ausencia del padre en la responsabilidad de la crianza de los hijos. Además la ausencia del padre pudo haber marcado carencias afectivas en la persona que no fueron satisfechas en su desarrollo.

**c)Componente: estereotipos**

En muchas sociedades consideran a la vejez como una etapa de decadencia física y mental y proyectan hacia las personas mayores una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez. Estos estereotipos influye negativamente en la persona tal es el caso en dos de los participantes.

> "la vejez es una cosa muy difícil de aceptar, es terrible llegar a ser viejtito, pues para nada sirve uno" (Sr. P.S.).

> "el ser vieja es algo muy feo, el verse arrugadita después que uno ha sido tan vanidosa" (Sra. B.C.).

Los otros participantes son conscientes de los estereotipos, pero su autoestima es alta, como que los comentarios adversos no les afecta.

> "tener esta edad me hace sentir bien, aunque no siempre somos importantes para los otros" (Sr. Bv.).

> "a pesar de esta edad creo que tengo buena salud, pues los achaques son parte de la vida, quien vive sin esos achaques y a mí no me importa que me digan vieja" (Sra. S.J.M.).

> "yo siempre pensaba y rogaba a Dios que solo me dejara vivir lo suficiente porque no querría llegar a ser viejita. Pero ahora que estoy en esta etapa bonita e inclusive le pido que me dé más tiempito para ver a los güilas de mis hijos" (Sra. S.P.).

> "la verdad es que yo no me he sentido mal con la vejez, pues cuando se es joven se dice que los roquitos no sirven para nada, pues a mí no me importa eso pues yo sigo siento útil y tengo una familia que me quiere mucho" (Sr. S.R.).

> "antes había mucho respeto por los ancianos, yo recuerdo de mis abuelitos, jamás le decíamos que no sirven para nada y se les respetaba sus cosas y su palabra era la ley. Ahora es lo contrario, pero eso no me molesta" (Sr. Bv.).

> "será por tantas enfermedades que tengo, que me ven como persona inútil, que no valgo para nada, pero yo no les hago caso" (Sr. S.Pb.).

En consecuencia, casi todas las personas participantes verbalizan la connotación negativa de la vejez como cierre del ciclo vital del hombre. Pero, a la vez refieren que esas frases no les afecta. Esta visión recoge las expresiones y transmisión de valores, creencias, mitos e ideas predominantes en la sociedad sobre esta etapa de la vida. Según Skeet (1997) refiere que en la sociedad actual hay una tendencia a estereotipar a los ancianos como algo inútil, inservible y feo. Aunque esto, no es verdad.

En resumen a pesar de haber en la sociedad una actitud negativa hacia la vejez que traspasa la propia experiencia personal, producto de la socialización con respecto al proceso humano. En el caso de los participantes esto lo han superado debido a su alta autoestima. El rescate del valor del adulto mayor como persona todavía no es generalizada y es una preocupación incipiente pero presente en algunas de ellas. Aquí podemos citar a Feriggla (1999), sobre el poder de la supremacía de la juventud como control social, económico y cultural. El que las personas adultas mayores se sientan con derechos y tomen decisiones personales para poder ejercer dominio sobre su vida, ayuda en la consolidación de su identidad como persona.

Existe forma de encadenar los hechos para darles coherencia de modo que se integren en categorías de conocimientos o experiencias, pues hay una gran variedad de temas que dan sentido a la vida de las personas: amor, trabajo, familia, actividades placenteras virtudes pero sobre todo influye la manera como cada una interpreta los eventos de su historia (Villanueva, 1998). Esto se refleja cuando las personas adultas mayores mencionan no sentirse arrepentidas por lo que vivieron, sino que lo ven de una manera positiva y gratificante, pues se han sabido adaptar a las condiciones de vida.

Unidos a los fundamentos teóricos como la teoría de la continuidad y la teoría de la aceptación está la teoría de la adaptación, ésta da énfasis en ciertos roles, actividades llevadas a cabo en determinadas etapas del ciclo de vida; por ejemplo este se refleja cuando se les realizó la observación a las personas participantes, haberse adaptado a sus cambios biológicos, sociales, psicológicos y culturales, claro ejemplo del cambio biológico pues ahora de acuerdo a sus destrezas practican otro tipo de actividades físicas, recreativas y culturales, como lo son: caminar, participar en grupos de la comunidad que tienen como características ser del mismo grupo etáreo.

#### 4.2.2.6 Dimensión Productiva

La dimensión productiva sostiene que las acciones permiten una serie de satisfacciones muy gratificantes en la vida, permite la socialización e imprime sentimiento de utilidad. Las acciones están en relación al deseo de vincularse, a la experiencia ocupacional y a las oportunidades ocupacionales que ayudan a sentirse bien y mantener la propia estima (Cabirol, 1997).

El envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos. Por ello, cada individuo es el artífice de su destino personal, ya que elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez (pensar, sentir) y de adaptarse y actuar dentro del marco definido de la sociedad (Ponce, 1998).

Además afirma que gran parte de las penurias físicas, económicas y psicosociales que acompañan el envejecimiento, no son atribuibles a la edad per se. Sino que es producto de la forma en que está estructurada la sociedad dificultando a las personas que envejecen la satisfacción de sus necesidades, y restringiendo las oportunidades de desarrollar sus potencialidades coartándoles la iniciativa y la posibilidad de ejercer una vida plena. Cabe destacar que las declinaciones de las habilidades y capacidades se debe más a la falta de entrenamiento y abandono de la actividad que al proceso de deterioro biológico propiamente dicho.

En la medida que las personas envejecen se retiran del mercado de trabajo por la presión de dejar el puesto a los más jóvenes. Generalmente en sociedades donde la meta fundamental es la producción de bienes y servicios y el trabajo es el medio por excelencia para ganarse el respeto de los demás y cimentar la autoestima, produce en las personas mayores consecuencias negativas tales como la pérdida de la identidad social (Barros Lazaeta, 1998).

El impacto que causa el retiro del trabajo pesa más a los hombres, para quienes quedarse en la casa significa constituirse en un estorbo para los demás, no tener nada que hacer, aburrirse y autodesvalorarse como persona. Mientras que en las mujeres les afecta el impacto económico, puesto que la mayoría por dedicarse al hogar dependen económicamente del cónyuge.

La ausencia de rol social para la persona mayor es rezago cultural de la falta de configuración de otros roles. Esta falta de definición influye también en la dificultad de que los mismos adultos mayores otorguen un sentido pleno a la vida en esta etapa, dado que gran parte del sentido de la vida se obtiene precisamente al cumplir el rol básico asignado por la sociedad.

Por tanto es muy importante empoderarlos para que acepten las pérdidas y frustraciones inherentes al envejecimiento y para que se adapten a las nuevas condiciones, conservando su

autoestima, su sentido de bienestar y su alegría por vivir. Dado que, el hombre llena su sentido existencial con sus acciones o con sus obras; por lo contrario, la inactividad conduce al aburrimiento y el ocio a un sentido de vacío e inutilidad. De allí que es necesario no estancarse y seguir produciendo y creando. Para estar satisfecho, debe interesarse por tener un conjunto de actividades que realizar y un proyecto de vida que cumplir.

**a) Componente: deseo de vincularse**

En las personas participantes el realizar tareas en el hogar les produce sentimientos de autovaloración, utilidad y satisfacción.

> "espero en Dios y en la posibilidad de que pueda seguir trabajando hasta los últimos días de mi vida, pues yo tengo que ayudar a mi hermana" (Sr. P.S.).

> "nunca antes ayudaba a la doñita, pero ahora yo le ayudo y ella me hace sentir muy bien de poderlo hacer" (Sr. Bv.).

> "tengo la tendencia de arreglar todo lo que se descompone, yo de chiquito fui curioso, hacia mis propios juguetes (...) y me ganaba algo vendiendo"(Sr. S.R.).

> "a mí me gusta siempre estar activo" (Sr. S.Pb.).

> "no quiero pensar que yo no tenga quehacer, toda mi vida me hice yo todas las cosas" (Sra. B.C.).

> "yo sigo cosiendo ahora, aunque ya no como antes, me gusta mucho, siempre tenía que hacer la ropita trajecitos para los güilas" (Sra. S.J.M.).

> "yo siempre fui ama de casa, me gustó mucho criar a los hijos y atender al esposo" (Sra. S. L.).

> "siempre hice el oficio de la casa, Yo creo que no es un trabajo, siento placer hacerlo hasta ahora y no me he cansado. Dios guarde si alguien viene a hacer lo que me toca a mí no se sentiría bien" (Sra. S.P.).

Estas personas adultas mayores participantes sienten que los cambios fisiológicos que vivencian (pérdida de visión, audición, de memoria, de estabilidad entre otros), les produce a ellos y a su familia inseguridad para el cumplimiento de las labores y se sienten más vulnerables al medio ocupacional, al sentirse percibidos como ineficientes, anticuados y lentos. Debido a que el trabajo en sí demanda de tiempo y esfuerzo, situación que en las personas adultas mayores se agudiza pues a esta edad se encuentran cansadas y con algunas limitaciones por problemas biológicos.

"mis hijos se preocupan, ahora ya no es como antes, por pequeño que sea el trabajo me canso" (Sr. S.Pb.).

"me ocupo ahora de tareas muy sencillas, la vista ya no me ayuda; viera como cosía yo; mi familia piensa que me puedo hacer daño haciéndolo todavía" (Sra. S.P.).

"estoy tan lerdo para hacer las cosas, mire muchacha, que hasta para sacar hierba de las matas me demoro horas; mi sobrina no quiere que le ayude por eso en la finquita que ella tiene" (Sr. P.S.).

"con estos olvidos que tengo me paso anotando todo, me angustia mucho. Antes podía manejar bien pero ahora nada" (Sr. Bv).

"yo trabajé fuera de la casa en el negocio del mercado y dejaba la casa arregladita. Ahora estoy descansando después de tanto trabajar" (Sra. B.C.).

El temor por no hacer las cosas bien hechas, así como, el plantear ideas y expresar sentimientos con espontaneidad preocupa a las personas adultas mayores sobre todo a los hombres. Esta situación se complica aún más por las limitaciones que presentan y por la angustia de ser percibidos como ineficientes y lentos en el trabajo.

Al recoger la experiencia ocupacional de estas personas, permitió el retroceso en el tiempo considerándolo haber sido de mucha significancia. En la dedicación ocupacional ha influido el ambiente social en que han crecido, las posibilidades brindadas o negadas, la concepción del papel social de las personas mayores que predominó en su familia de origen; pero sobre todo la propia percepción sobre la realización como persona adulta mayor que han desarrollado cada uno en concordancia o discrepancia con el mandato social.

La experiencia ocupacional de las personas adultas mayores mujeres, ha estado y está en función de la familia, ya sea al servicio de su familia de origen cuando fueron jóvenes, o en sus propias familias. Cumpliendo actividades no remunerativas (oficios domésticos, cuido, crianza de hermanos, descendencia y de nietos) y actividades remunerativas dentro o fuera del hogar (atención de algún negocio de un familiar, costura, repostería, manualidades).

El cumplimiento de la obligación ocupacional de atención del hogar y de la familia es parte del cumplimiento de la función materna. Para el grupo de mujeres participantes en el estudio esta ocupación no es considerada como trabajo.

"a mí me encanta todo el oficio de la casa. Yo creo que no es un trabajo, siento placer hacerlo y no es cansado, toda mi vida lo hice" (Sra. S.L.).

"como lo hago en mi casa y yo soy la que organizo sola, nadie me manda..." (Sra. S.J.M.).

"yo no me sentiría bien si alguien me viene a hacer lo que es mi responsabilidad, yo no sé, ahora pagan a otra persona para que les hagan..." (Sra. S.P.).

"yo no sé, pero a mí me gusta la casa, me encanta arreglar todo, me gusta dar vuelta al cuarto y arreglar todo" (Sra. B.C.)

Las mujeres conciben a los oficios domésticos, cuido, crianza de hermanos, descendencia y de nietos como una obligación del rol maternal de la mujer e insisten en que los quehaceres no son trabajo. El salir a trabajar era un medio para ganarse la vida para ella y los hijos o hermanos.

"cuando veía a mi marido que no traía la platica para la comida, ya que lo gastaba en el guaro, tuve que salir a trabajar, los güilas estaban pequeños" (Sra. S.L.)

"yo tuve que trabajar en el negocio de mis padres, yo fui inteligente pero no pude estudiar pero mi madre decía que las mujeres no necesitábamos estudiar y como éramos muchos necesitábamos dinero " (Sra. B.C.).

Los oficios del hogar son vistos como tarea femenina e interminable de la mujer y como muestra de amor a la familia.

"la familia es lo primero, a mí me gusta lavar y cocinar para ellos hasta ahora" (Sra. S.J.M.).

"el trabajo de toda mujer son las cosas de la casa y mantener todo en orden y limpio" (Sra. B.C.).

"yo toda mi vida he sido muy escrupulosa con el trabajo de la casa, para mí hasta hoy no hay lunes ni domingos, todos los días son iguales" (Sra. S.P.).

"desde que uno se levanta, la mujer tiene que estar pendiente de las cosas de la casa... me cuesta pensar a una mujer que diga que no le guste los oficios de la casa" (Sra. S.L.).

Las tareas sobre agregadas que realizaron les produce satisfacción y autovaloración a las mujeres mayores participantes.
"cuando cosía ropita para la gente, es lo que valoro más y me siento bien" (Sra. S.L.).

"las manualidades mucho me gustan y por ello me dan dinerito a mí me gusta tejer y bordar" (Sra. S.J.M.).

"siempre fui muy buena en llevar cuentas, buena comerciante, ja, ja, ja. Yo llevé por años el negocio de mi familia, siempre confiaron en mí trabajo" " (Sra. B.C.).

La formación y el cuido de la descendencia es otra labor incluida entre las funciones femeninas.

"yo he sido mamá y papá en mi casa, me he dedicado a cuidar a los hijos, mi marido nunca tuvo tiempo para ellos" " (Sra. B.C.).

"la mamá es la cuidadora de los hijos, eso le toca a uno, yo no tuve ayuda del marido " (Sra. S.L.).

El cuido de los nietos es otra de las actividades que contempla el trabajo del hogar. Todas las mujeres y dos hombres de los participantes dedican parte de su tiempo, si no todo su tiempo, a cuidar a los nietos.

"yo sigo viendo, criando nietos, ellos son tan lindos y me hacen recordar a mis hijos" (Sra. S.L.).

"soy una abuela feliz, con los nieticos, me agradan muchos los niños, ya viera cómo les hago sus cositas" (Sra. S.P.).

"lo más hermoso ahora son mis nietitos, aunque cuando fui padre no fui cariñoso con los hijos..." (Sr. S.R.).

"no puedo vivir sin ver a mis nietitos, les preparo sus gustillos, ellos siempre quieren estar conmigo" (Sra. B.C.).

"por lo menos ahora me entretengo con los nietitos, yo cualquier cosita que me dan son para ellos..." (Sr. S.Pb.)

"para mí el regalo más grande que Dios me ha dado es tener mis nietitos varones, yo solo tuve mujeres, viera cómo me los chineos" (Sr. Bv.).

En resumen, la actividad principal en para las personas adultas mayores mujeres es y ha sido atender a su familia primordialmente. Con la labor realizada no esperaron a cambio ningún reconocimiento. Su bienestar dependió y depende del bienestar de los demás a quienes le dedicaron y dedican su vida.

En los varones adultos mayores, la experiencia laboral revela la vivencia de esas personas al verse obligados a atender las necesidades de su hogar. Les a correspondido, atender la responsabilidad laboral tanto como satisfacción personal y económica. La jornada de tiempo dedicada al trabajo ha estado estrechamente relacionada con la creencia de que ellos son los únicos que deben participar en el mundo laboral.

"en mis tiempos se pensaba que cuando uno era varón y se casaba tenía que saber trabajar en todo, yo aprendí de todo eso me sirvió para mi vida" (Sr. S.Pb.).

"yo siempre pensé que los hombres somos para el trabajo, las mujeres son muy frágiles para ello" (Sr. S.R.).

"mi preocupación mía era traer el dinerito, para la comida, la ropita de los güilas y las cosas, mi doñita Dios guarde que trabaje" (Sr. Bv.).

"como hombre yo tenía la responsabilidad de traer el dinero para la esposa y los hijos" (Sr. P.S.).

El cuido de los hijos pasaba a un segundo plano en los hombres pues tenían que dedicarse más al trabajo para que no le falte nada a la familia.

"cuando año tras año aumentaban los hijos yo tuve que trabajar duro para que no me les falte alimento, aunque uno no se podía comprar nada" (Sr. S.Pb.).

"tenía gracias a Dios dos trabajitos que me permitían traer el pan a los güilas, pero nunca nos alcanzaba para que mi esposa y yo tengamos un gustillo" (Sr. P.S.).

"como yo de chiquito no tenía ni zapatitos, a mis hijos nunca dejé que eso pase en ellos, me mataba trabajando para que no les falte. Aunque a mí me faltaba yo estaba acostumbrado pero no los hijos" (Sr. S.R.).

"me acuerdo que me levantaba bien temprano y salía a trabajar en sol y lluvia en el campo, era duro muy duro pero idiay se tenía hijos y se les tenía que dar de comer y vestirlos" (Sr. Bv.).

**c) Componente: oportunidades ocupacionales.**

La experiencia ocupacional de las personas participantes en el estudio, les ofrece ventajas y ganancias que reconocen y valoran. Manifestan que les brinda satisfacción personal y les permite mantenerse, sentirse útiles, activos, integrados y sentirse bien.

"cuando me piden que les haga un mandado, me dan privilegio, me siento muy contento y lo hago con mucho gusto" (Sr. S. R.).

"soy una mujer afortunada y orgullosa, de todo lo que puedo hacer con mis 72 añitos" (Sra. S.J.M.).

"el que siga haciendo oficios en la casa me llena mucho, disfruto mucho al verlos que ellos se ponen contentos que les hice las cositas, por eso siempre lo haré" (Sra. S.L.).

"el hacer los mandados me da oportunidad de encontrarme con los vecinos y conversar un poco con ellos, me da sentido a mi vida" (Sr. Bv.).

"como aquí mi hija tiene la pulpería y yo le ayudo cuando ella me ocupa, me da la oportunidad de distraerme mucho con los clientes" (Sra. S. P.).

"a mí me gusta salir de casa a hacer los mandaditos a mi sobrina, así puedo hablar con la gente, no sólo con mi familia" (Sr. P.S.).

"el mantenerme ocupado me hace sentirme útil, no me canso y me distraigo mucho la vejez no tiene que ver nada con eso" (Sr. Bv.).

Con las experiencias laborales contadas por las personas adultas mayores varones, vemos que ésta ha sido dura.

Por otro lado, la pensión es un asunto que las personas mayores valoran mucho y es de gran importancia porque es considerada como una forma de dar solución a situaciones que derivan de sus necesidades. El dejar el trabajo en el caso de las personas mayores hombres ha sido tedioso e insatisfactorio.

"ya ahora me acostumbré a estar sin trabajar, a mí gustaba mucho mi trabajo en la finca, ya me acostumbré a no ir a trabajar. La pensionsita que me dan aunque es poquita, pero me ayuda bastante para darme algunos gustillos" (Sr. Bv.).

"no sé si ahora me gusta trabajar o no, pero yo pasé años trabajando duro, ya pasé esa época, ahora puedo hacer otras cosas. La pensión que uno recibe, que no le alcanza para nada, para eso se mató uno trabajando tanto". (Sr. S.Pb.).

"yo trabajé toda mi vida, desde que tengo uso de razón, me pregunto si valdría la pena haberse gastado tanto por varios años para tener una pensión miserable" (Sr. S.R.).

En resumen todas las personas mayores en su experiencia ocupacional han pospuesto sus intereses y necesidades personales. Estas han tenido un segundo lugar dentro de las prioridades de vida. El trabajo ha beneficiado a la familia. La dedicación a los hijos por parte de las mujeres ha estado presente en el pensamiento de los varones, ellas mismas han construido en el contexto social una concepción de la función de la mujer en el mundo, como cuidadoras y protectoras de hijos.

**4.2.2.7 Dimensión recreativa.**

El sacar tiempo para dedicarse a otras actividades que le producen satisfacción ha sido una opción de las personas mayores para hacer uso de su condición de adultas. Estas actividades se caracterizan por ser acciones que prefieren realizar con la familia y les trae beneficios para desplazar preocupaciones y estrés (Pitkin, 1993).

Tres personas buscan realizar actividades fundamentales dentro del hogar.

"el cuidar las matas me hace sentirme bien, me gusta mucho y ahora saco el tiempo para ver las violetas. Yo converso con ellas, les digo que están bonitas o feas. Las cuido con mucho cariño y me ayuda mucho la nietica. Mi familia me dice: ay, que linda, las

admiran mucho" (Sra. S.J.M.). A la observación, la Sra. tiene todos los días después de hacer su higiene personal, va a ver a las matitas, lo hace con mucha alegría.

"yo soy muy alegre, siempre me ha gustado bailar, soy una bailarina, cuando hay fiesta en casa bailo mucho, me gusta ser alegre.(Sr. Bv.) En la observación esta acción se confirmó.

"me gusta mucho hacer manualidades, bordar, esto lo aprendí de mi madrecita y de una tía, viera que mis hijas todas aprendieron y a veces vienen para hacer conmigo"(Sra.S.L.)

Una de las personas participantes hace actividades recreativas fuera de la casa. Y *otra no* tiene preferencia de la actividad y del lugar.

"a mí me gusta mucho salir a pasearme, soy muy activa; aunque aquí en Barva no hay muchas vitrinas, pero yo salgo a mirar lo hago con mi hija o los nietitos".(Sra. B.C.).

"yo busco hacer algo que me gusta, así como leer periódico, ver televisión, caminar " (Sr. S.Pb.).

Es importante señalar que cuatro de las personas participantes, no verbalizan que tengan actividades recreativas, pero durante la observación se vio que dentro de sus actividades recreativas que realizan están el ver televisión, leer diario, coser, tejer.

Estas últimas personas mayores, el tener escasas actividades recreactivas que demanden movilización corren el riesgo de incrementar el sedentarismo, por tanto requieren que se les ayude a que asuman ejercicio físico como actividad recreativa, alternativa, saludable. Hay que considerar que son personas no acostumbradas a esa rutina, lo cual hace indispensable que se involucre la familia.

#### 4.2.2.8 Dimensión Ecológica

El entorno ecológico incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre las cuales se tiene poco control. La persona por sí sola, tiene poco control sobre la pureza del aire, del agua, de los alimentos, de la infraestructura de la casa entre otros; por ello tiene que tomar medidas que le brinden seguridad (Palau, 1996).

El autocuidado en esta dimensión ayuda a crear entornos físicos que favorezcan la salud y el bienestar de las personas. Las acciones se basan en que cada persona se empodere y

así pueda velar y responsabilizarse por fomentar y mantener ambientes saludables (Dulcey, 1994).

A la observación se encontró que ninguna de las viviendas de los participantes en el estudio tenían las condiciones arquitectónicas para disminuir los riesgos a caídas, frecuentes en esta etapa de la vida. Por ejemplo en la casa de la Sra. B.C., Sr. S.Pb. y de la Sra. S.L. se pudo apreciar que los pisos son vinílicos y permanecen encerados. En casa de la Sra. S.J.M., Sra. S.P., Sr. S.R., Sr.Bv. y el Sr.P.S. sus viviendas se ubican en una pendiente y cuentan con gradas para llegar a ellas.

Respecto a la salubridad de las viviendas, en la mayoría de ellas son pequeñas y mantienen una buena higiene, más no así la iluminación y ventilación de las mismas. Todas cuentan con servicios básicos.

La accesibilidad a los servicios públicos como: Clínica, Banco, Feria del Agricultor entre otros, es variada. La que se encuentra en ventaja es la Sra.B.C. Pero felizmente se cuenta con servicio de transporte cada media hora aproximadamente, que facilita el acceso a dichos servicios.

**4.2.2.9 Dimensión Sanitaria**

Mediante la observación se encontró que todas las personas adultas mayores participantes en el estudio, realizan prácticas de higiene personal que no sólo se relaciona con su presentación, sino que además están orientadas a protegerse de enfermar por mala higiene. Por ejemplo se lavaban las manos antes de comer y después de ir al baño. Asimismo, mantenían buena higiene del vestido, refieren que lo hacen porque es una costumbre y además para sentirse bien. Su ropa es de acuerdo a la edad y a la época del año.

**a) Componente: Higiene**

Actualmente siete de las personas participantes manifiestan que solo tienen achaques propios de la edad y que toman medicinas cuando están enfermas.

> "como te dije muchacha que gracias a Dios yo tengo buena salud solo tomo medicinas cuando estoy enferma y me voy al EBAIS" (Sra. S. P)

> "con mi edad, tengo buena salud, casi yo no sé de medicinas ni médicos, como dicen soy roble bueno" (Sr. S.R).

"me parece increíble, que con mis 72 años esté muy bien, no tomo medicinas y casi no voy al hospital, no son para mí" (Sra. S.J.M.).

"creo que yo salí a mami, que tenía una buena salud, por familia nosotras no usamos medicinas" (Sra. B.C.).

"a pesar que de joven tomé, y fumé mucho, pero gracias a Dios, tengo buena salud, yo ni conozco al médico" (Sr. P.S.).

"tengo buena salud, a pesar de la alergia y la diabetes que tengo, pero no le doy mucha importancia y no uso medicinas " (Sra. S.L.).

"la salud que tengo es un regalo de Dios, yo me cuido mucho pero no uso medicinas ni voy al médico" (Sr. de Bv).

Solo el Sr. S.Pb. es el que refiere que por sus enfermedades tiene que tomar medicamentos.

"mi salud no es buena, pues tengo diabetes e hipertensión, por eso tengo que tomar medicinas todos los días y estoy en control médico"

**b) Componente: concepción de salud-enfermedad.**

Existe una concepción de la salud como ausencia de enfermedad y aplican todas las medidas sanitarias aprendidas a lo largo de su vida que le inculcaron tanto sus padres como las experiencias de enfermedad padecidas por familiares y amigos, así como las recomendaciones dadas por el personal de salud (Febier y Soler, 1996).

"en mi familia siempre se hizo énfasis que cuando una persona se cuida en su comida, no toma y duerme a sus horas no tiene problemas de salud"(Sra.S.J.M.)

"yo, no he buscado información sobre los cuidados en otros aspectos, para mí con cuidarme en mi comida es bastante"(Sr. P.S.).

"realmente como no estudié mucho, tal vez si hubiera estudiado hasta mas años, allí me hubieran enseñado, verdad?"(Sr.Bv.)

"de lo poco que he leído en periódicos, eso les digo a mis hijas para cuidarme mi salud." Pues muchacha de algo uno tiene que morir idiay uno no es eterno"(Sr.S.Pb.).

"yo aprendí a cuidarme para no enfermarme por mi alergia y diabetes"(Sra.S.L.)

Como se ha manifestado en las dimensiones anteriores, estas personas refieren que las instituciones de salud y en especial el médico son una fuente importante para obtener información directa, no se visualiza el autocuidado a cabalidad como responsabilidad personal.

Asimismo, se aprecia que estas personas adultas mayores participantes aunque hayan recibido mensajes positivos en su hogares de autocuidado, ellas no se han preocupado por buscar información y conocer más sobre el autocuidado en sí. Algunas personas se han conformado con lo que les orientó el médico.

### 4.3 PLANES DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Al interrogarles sobre su futuro, la mayoría de las personas participantes se puso en apuros, pareciera que es algo que no les preocupa, o les da temor, o nunca pensaron o que no se debe planificar. Insistiendo sobre los intereses y preferencias que desean alcanzar, comentaron sobre las actividades que les gustaría aún lograr en sus vidas.

**a) Componente: sentido de vida**

En el caso de las mujeres adultas mayores participantes en el estudio, quienes han vivido en función de su descendencia y de su esposo, visualizan su futuro en función de continuar siendo útiles a su familia, cuidando nietos y haciendo mandados en la casa. La necesidad de tener más tiempo para ellas, como dijeron anteriormente no se ve reflejado con claridad en dichos planes.

> "mientras tenga vida yo seguiré cuidando a mis hijos y nietitos, ellos todavía me necesitan. Planes futuros yo no tengo, yo seguiré pensando y dedicándome a los hijos, ya que uno sabe que ellos para uno siempre son chiquitos"(Sra. S.L.)

Para una de las mujeres no le importa tener planes, el futuro implica vivir el presente, en compañía del esposo.

> "yo no pienso en el futuro, yo vivo el día, no me interesa. Mi futuro es estar con mi esposo, el día que me falte ahí pensaré en eso. Si lo tengo a mi lado y estamos juntos todo seguirá igual como antes"(Sra. S.J.M.)

El futuro para otra señora es visto como la posibilidad de aprender y ayudar a otros.

> "yo no pienso en el futuro, lo que le pido a mi Tatica Dios es tener unos años más de vida para aprender tantas cosas lindas para ayudar a los hijos y a otras personas"(Sra. B.C.)

El pensar en el futuro, las mujeres mayores, más que definir planes de vida futuros, las puso a reflexionar sobre las ventajas de tener hijos grandes y gozar con ellos.

> "estoy en mi casa con mis hijos e hijas allí yo soy tan necesaria en este momento ya que tengo los nietos pequeños"(Sra. B.C.)

> "ahora los hijos están grandes y uno goza con ellos"(Sra. S.L.)

En dos hombres adultos mayores el tener planes futuros implica miedo, angustia de estar solos, no estar viviendo con los hijos e hijas, ni con la esposa.

> "yo no he pensado en ello, me da miedo, me asusta pensar de estar solo sin la doñita y como los hijos no son para uno"(Sr. S.R.)

> "me veo solo en casa, eso me aterra pensar que ya no estaría con mi esposa y los hijos largo de uno" (Sr.Bv)

Es interesante destacar el interés específico de dos personas mayores hombres por su crecimiento espiritual y personal. Para ellos el futuro representa la posibilidad de reconstruirse como personas ya que retomaran proyectos inconclusos.

> "en el futuro quiero lograr las metas que no realicé cuando era más joven. No necesito cosas materiales, quiero llegar a escribir unos poemas, y viajar por lo menos conocer Costa Rica"(Sr. S.Pb.)

> "a mi me gustaría en el futuro buscar la tranquilidad, paz interior con mi Señor Jesucristo, soy consciente que mi vida anterior fue de perdición" (Sr. P.S.).

Este último quiere estar en contacto con él mismo y acercarse a Dios, pues según él no ha vivido esto debido a la vida que llevó.

En la elaboración de planes futuros, la experiencia de vida de las personas adultas mayores tiene gran influencia. El conducir proyectos personales, es una forma de desafiar el pasado y buscar reconciliación con el futuro. Mientras no se vea el futuro como continuación del presente

**b) Componente: interés para realizar el autocuidado**

Hablar sobre el interés para realizar el autocuidado no deja de ser un dilema, pues para algunas de las personas participantes en el estudio, éste ha sido un tema que no habían pensado y que por otro lado esto es realizado como rutina.

En la construcción sobre el sentido e idea del interés y la motivación del autocuidado, tiene gran impacto la vivencia previa del autocuidado como la información que recibieron dentro y fuera de la familia durante la vida. Todo lo que se comentó de alguna manera ha calado en la mente de las personas adultas mayores por su receptividad a llevar una mejor calidad de vida.

Otro aspecto asociado fuertemente al autocuidado y a la motivación como se expresó anteriormente es el mantenimiento de la apariencia física atractiva. La apariencia física y la

belleza son un valor para el reconocimiento de la persona y en especial de ser mujer. La buena presentación física es reconocida como una expresión de sentir interior, un reflejo de la autoestima personal.

Con la vejez, la autonomía y la toma de decisiones se eliminan y por tanto las acciones de autocuidado cotidiano representan la finalización y por ende la dependencia de otros. El autocuidado es asociado a la juventud que se encuentra en plenitud de las funciones. Desde este contexto de pensamiento el autocuidado es limitado a aspectos de una pérdida de capacidades y de energía para realizarlo.

**c) Componente: actividades de autocuidado futuras**

Al dialogar con las personas adultas mayores y al preguntarles actividades de autocuidado futuras a considerar, las acciones señaladas están en relación a la posibilidad de aprender y practicar actividades para cuidar su salud y su bienestar.

> "dedicarme a buscar información para saber como cuidar mi salud y la de los hijos y nietos"(Sra. S.L.)
>
> "ahora hay mucha información iré al EBAIS que me expliquen"(Sra. B.C.)
>
> "aprender de la televisión los consejos que dan para estar bien de salud y pondré en práctica todo lo aprendido" (Sr.P.S.)
>
> "como mi hija trabaja en el hospital le pediré que me traiga información para cuidarme mi salud" (Sra. S.P.)
>
> "mi deseo más grande es aprender de verdad como cuidarme mi salud"(Sr. Bv.)
>
> "lo poco que sabemos para cuidarnos la salud, lo tendré que incrementar informándome más y mejor"(Sr. S.Pb)

Partiendo que cada persona es artífice de su autocuidado personal, puesto que cada uno tiene su forma peculiar de pensar, sentir y actuar sobre lo que debe practicar. La reflexión sobre el autocuidado permitió revivir el pasado desde una perspectiva más amplia para aclarar los por qué y asumir que los estilos de vida que lleva cada uno a cabo sean adecuados o no, ha sido en gran medida obra de uno mismo, y que es necesario aceptarlo con lo bueno y lo malo. Así, es posible mantener los logros alcanzados, modificar errores cometidos, cambiar los hábitos y costumbres negativos y adquirir aquellos que no aceptados pero son positivos para una buena salud.

# CAPÍTULO V

## ESTRATEGIAS

Las siguientes estrategias se han elaborado a partir de la información obtenida con las personas participantes en el estudio, y posteriormente han sido validadas por ellos y su familia.

### COOPESIBA BARVA

Asumir el Autocuidado Integral, como el eje central de los Programas de Salud existentes y en especial del Programa de Salud dirigido a las Personas Adultas Mayores.

Algunas de las alternativas a seguir para hacer posible esta estrategia son:

- Hacer de la misión institucional una directiva de acción que se concretice en la asignación de fondos y de personal, para incorporar actividades preventivo promocionales en bien de las personas adultas mayores y de la población en general.

- Entrenar y capacitar al personal de los EBAIS y de la clínica, en autocuidado integral, proceso de envejecimiento y promoción de una vida saludable.

- Impulsar la producción de información que permita el empoderamiento de la población y en especial de los adultos mayores para asumir el autocuidado integral como responsabilidad personal.

- Promover espacios de discusión y reflexión acerca del autocuidado integral, multidisciplinario e interdisciplinario (especialistas en gerontología, odontología, nutrición, psicología, trabajadora social, sacerdotes, funcionarios de la municipalidad, entre otros) con participación de las personas adultas mayores y su familia.

- Fomentar y/o fortalecer las redes de apoyo social, formales e informales que ayuden a mantener la autonomía y autoconfianza de los adultos mayores de su entorno.

- Coordinación con instituciones públicas y privadas para el desarrollo de un entorno saludable.

- Difundir las actividades que se planifique y programen para la Promoción de Vida Saludable en las personas adultas mayores.

Fortalecimiento de la red de personas adultas mayores que se formó a partir de la presente investigación.

- Mantener el empoderamiento de las personas adultas mayores

- Estimular el desarrollo de comportamientos saludables en las áreas que no lo poseen.

- Involucrarlos en algunas actividades que se realizan en la COOPESIBA con la finalidad de que se sientan útiles, lo que va repercutir en la confianza en sí mismos y a verse más productivos.

**FAMILIA**

Participación activa y permanente en el apoyo al autocuidado del adulto mayor.

- Involucramiento en el proceso de autocuidado integral del adulto mayor.

- Comprender el proceso de envejecimiento y autocuidado, para brindar un apoyo más efectivo que contribuya a que el adulto mayor realice su autocuidado integral.

- Respetar la autonomía y necesidad de actividad de la persona adulta mayor, de acuerdo a su condición funcional presente y sus aspiraciones, para que lleve una vida saludable.

- Proporcionar los recursos necesarios para llevar a cabo la práctica del autocuidado integral.

- Generar espacios para el diálogo y comunicación, para integrarlos a la vida cotidiana de la familia, considerarlos en la toma de decisiones que los involucra.

- Incrementar el control de autocuidado integral para que la vida de la persona adulta mayor sea con calidad.

- Ayudar a reducir la sensación de culpa que pueden tener las personas mayores y aumentar la percepción de su propia capacidad y el poder de sus recursos.

- Brindarle a la persona adulta mayor muestras de afecto, compañía y motivación permanente para que lleve a cabo su autocuidado de manera integral.

**PERSONA MAYOR**

- Mantener su autonomía y autodeterminación en las diferentes situaciones de su diario vivir.

- Fortalecer el desarrollo de las áreas de autocuidado que vienen realizando e incorporen aquellas que no realizan (recreativas) para que su autocuidado sea integral.

- Generar espacios en su quehacer cotidiano que les permita dedicarse más tiempo a sí mismos.

- Continuar la red conformada a raíz de la investigación y procurar la incorporación de más afiliados.

- Solicitar y aceptar el apoyo que les brindan las personas de su entorno social para la realización de su autocuidado integral

- Involucrarse en las actividades de promoción de la salud, aplicando las recomendaciones sugeridas por el personal de salud y participando de las actividades que se realizan.

# CAPÍTULO VI

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

En este apartado se hace un intento de sintetizar la complejidad del contenido de la investigación realizada, ya que las experiencias de los participantes en ésta, no pueden resumirse en pocas palabras, sobre todo por la riqueza de la recopilación de las experiencias de autocuidado integral que vienen llevando a cabo las personas adultas mayores participantes en el estudio en su vida cotidiana.

Cabe mencionar que la estrategia metodológica de investigación seguida permitió alcanzar los objetivos de la misma, dar respuesta a las interrogantes planteadas, y fortaleció la formación gerontológica recibida, a la vez que permitió un mayor enriquecimiento personal.

El estudio de los significados situados y construidos por los sujetos. El descubrimiento y la descripción de hechos y situaciones privadas en el contexto del fenómeno, ayudó a su análisis y comprensión del significado y práctica de autocuidado que las personas adultas mayores participantes en el estudio efectúan. Así como el desarrollo de conceptos que orientó la comprensión de la situación, de acuerdo con los datos obtenidos por medio del lenguaje de las personas participantes.

Debido a que la investigación fue cualitativa se tuvo un alto grado de flexibilidad, que permitió el descubrimiento de lo novedoso o no previsto y ofreció la posibilidad de introducir cambios en el diseño de investigación en respuesta a los hallazgos que se fueron sucediendo. Además, no se crearon situaciones artificiales, pues el estudio se realizó en situaciones y espacios naturales de los sujetos participantes, por tanto la interacción con los informantes no se dio de modo intrusivo sino natural.

Por otro lado, la experiencia de no tener un diseño totalmente estructurado, favoreció la criticidad y creatividad con relación a lo que se fue desarrollando. Debido a que la toma de decisiones se realizó de manera constante y el proceso de aprendizaje se dio siempre y con gran reflexión tanto para los sujetos participantes como para la investigadora.

El significado que las personas adultas mayores participantes en el estudio verbalizan con respecto al autocuidado, está limitado al componente físico de la dimensión biológica.

Las prácticas de autocuidado en la vida cotidiana, en la mayoría de las personas participantes en el estudio, responden a la satisfacción de necesidades básicas biopsicosociales, productivas, culturales, espirituales y sanitarias. Son escasas las actividades relacionadas con la dimensión ecológica y recreativa.

En cuanto a la relación que existe entre el significado y las prácticas del autocuidado, se encontró que existe coherencia entre lo que las personas dicen y lo que hacen. Sin embargo, se observó que las prácticas que llevan a cabo relacionadas con las dimensiones: psicosocial, espiritual, cultural, productiva y sanitaria, no son precisadas como actividades del autocuidado. Esto evidenció en alguna medida la falta o ausencia de integralidad en el autocuidado de las personas adultas mayores participantes en el estudio en su vida cotidiana.

Es importante resaltar que a pesar de la vigencia de estereotipos acerca de la vejez en los mismos adultos mayores participantes como en su entorno social, ellos y ellas manifiestan una alta autoestima, una imagen positiva de su persona y se sienten bien de atravesar esta etapa de la vida, que les está permitiendo realizar actividades que fueron postergadas como por ejemplo el dedicarse a entretenimientos, acercarse a Dios y vivir su fe.

El entorno social que rodea a las personas mayores participantes en el estudio, evidenció el desconocimiento del proceso de envejecimiento y del autocuidado, especialmente la dimensión ecológica. Por ello, las viviendas no cuentan con las condiciones apropiadas para favorecer el autocuidado integral de dichas personas, así como no se han efectuado adaptaciones a la misma.

Las interacciones sostenidas con los participantes en el estudio, planteó que las personas son sujetos y objeto de sus acciones, pues son seres con pensamientos, objetivos, sentimientos, propósitos y emociones, por tanto no solo reaccionan al medio sino que tienen la

capacidad de reflexionar, hacer planes, tomar decisiones y hacer cambios significativos en sus vidas.

Asimismo, la experiencia con cada una de las personas participantes fue única, pues fueron muy colaboradores, mostraron en cada momento el interés que tenían por participar en el estudio, con gran facilidad brindaron información y acogida; mostraron amplitud, soltura y la necesidad de hablar. Fue una oportunidad para reflexionar sobre la importancia del autocuidado y la necesidad de tomar decisiones sobre nuevos estilos de vida. Esto se refleja en lo manifestado por los participantes en el estudio al término de las entrevistas "que los temas tratados fueron interesantes, que nunca pensaron que las acciones de la vida diaria ayudaban al bienestar y a la salud, que lo hacían por rutina y que no habían visto anteriormente la importancia de esto".

Como resultado del proceso de interacciones surgió la petición de cuatro personas mayores de temas sobre envejecimiento y apoyo de personas que estén realizando un autocuidado integral. También se recibió siete invitaciones para conversar con los grupos familiares. Dichas peticiones fueron atendidas durante el proceso investigativo.

Cabe destacar que las personas adultas mayores participantes en el estudio consideraron como una gran oportunidad establecer una red con las personas participantes en el mismo. El compromiso de formar una red se atendió después de concluir toda la recopilación de la información y se brindó el apoyo necesario para su inicio. Es importante mencionar que la perspectiva de la red es ampliarla y darle continuidad pues consideran que es una forma de autoayuda.

Otro aspecto relevante del desarrollo de la investigación que no debe pasarse por alto fue que las sesiones eran muy interesantes, formativas, amenas y sirvieron de mucha motivación para cada uno, sobre todo al ver reflejado los aportes de su propia experiencia y a su vez por recibir información sobre el autocuidado integral.

Los resultados que se obtuvieron permitieron contar con una aproximación a las fortalezas, limitaciones o dificultades de autocuidarse que experimentan las personas adultas mayores. También proporcionó orientación para la construcción de posibles soluciones, al problema de los estilos de vida perjudiciales para la salud del mayor. Se podría así, destacar

prácticas biológicas, psicológicas, sociales, culturales, productivas, recreacionales, ecológicas, sanitarias y espirituales que favorecen conductas saludables. Esto con el propósito de mantener o mejorar la salud y bienestar de la persona adulta mayor y por ende su calidad de vida.

Además, los resultados del presente estudio permitió elaborar un conjunto de estrategias dirigidas tanto a COOPESIBA R.L. Barva; a la Familia y a la misma persona adulta mayor, que conduzcan a fomentar y fortalecer un autocuidado integral.

## RECOMENDACIONES

Se espera que las estrategias construidas con base en el estudio efectuado, sean puestos en práctica por cada uno de los involucrados.

Deben fomentarse mayores estudios orientados a las personas adultas mayores que viven en sus entornos familiares, en zonas rurales o semiurbanas, para quienes la participación en programas institucionales son poco accesibles.

Replicar el estudio de autocuidado integral en otros grupos de personas adultas mayores, siguiendo las mismas técnicas utilizadas, pero conformando los sujetos de estudio por zona de residencia y en número más pequeño.

Siendo este estudio, el primero sobre autocuidado integral en personas adultas mayores aparentemente sanas, se hará su difusión en aquellas instituciones que se dedican a trabajar con personas adultas mayores (no es para generalización de resultados) con el propósito de que los testimonios recogidos contribuyan a estimular en dichos grupos la superación de los estereotipos negativos vigentes en la sociedad hacia esta etapa de la vida, puesto que las personas participantes en el estudio mostraron una alta autoestima y actitud positiva para enfrentar la vida.

En la medida que el desarrollo de este tipo de investigaciones consolidan la formación académica, es conveniente que se sigan promoviendo en el futuro.

## BIBLIOGRAFIA


Acosta, Mónica y Col. (1996). **Creencias populares sobre el autocuidado en el puerperio: Primer nivel** Colombia: http://hemerOteca.defes.gov.co/ revistas/ comedica/ Vol28No1/Creencias.htm,

Acuña, Marcela. (1999) **Ambientes Saludables**. Madrid: Editorial Nueva Epoca.

Agüero, Marlene. (1995)Modelo de autocuidado a pacientes de la clínica de dolor del Hospital Calderón Guardia. Costa Rica: **Tesis** de licenciatura en enfermería, Universidad de Costa Rica.

Alba, L. (1996). **Relaciones sociales, redes de apoyo y comunicación**. Perú, Editorial Andes.

Alvarez, Carlos.(1997).**Trastornos cognoscitivos & comportamentales asociados con el envejecimiento normal y patológico.** Colombia: http://www.accefyn.org.co/hmc /trast.html.

Alvarez, Tibeno.(1999) **Participación de la familia en la atención de los ancianos.** Colombia: Editorial Latrera..

Anzola, Elías. (1990).**El envejecimiento en América Latina y el Caribe en Hacia el bienestar en los ancianos.** Washington: Editorial Publicación Científica N°. 492.

Anzola, Elías. (1995) Salud del adulto en América Latina. Situación actual y perspectivas. Washington: **Rev.** Médica en Salud.

Asociación Internacional de Gerontología. (1981) Hamburgo: **Seminario.**

Ayales, Ivannia.(1995). **Propuesta para la construcción de indicadores de sostenibilidad social.** San José - Costa Rica.

Baro, Franz. (1990). **Factores Psicosociales en Hacia el bienestar de los ancianos.** Washington: Editorial Publicación Científica N°. 492.

Barros, C. (1997). **Aspectos sociales del envejecimiento**. México: Editorial Trillas.

Barros, Carmen. (1998) **Aspectos sociales y retiro laboral.** México: Editorial Trillas.

Barros, Gabriel. (1998) Lo que somos y lo que seremos. Chile: **Rev.** Somos.N° 3.

Baro, D. y Gonzáles F. (1990).Características intelectuales, estilo de vida y motivaciones de la persona. México: Editorial Mc Graw Hill.

Bartlett, A. y Kayser, A. (1995).**Cambio de la conducta organizacional.** México: Editorial Trillas.

Beltrán F; y Col.(1998). **Métodos Cuantitativos y Cualitativos: ¿alternativa metodológica?.** México: http://bugs.invest.uv.mx/~cancer/revista/rev0712.htm.

Belloch, Amparo. (1997). **Aspectos psicológicos del envejecimiento en Hacia el bienestar de los ancianos.**. México: Editorial Guinea.

Benson, William. (1998). **Elementos básicos de un sistema Integral de apoyo para el adulto mayor**. USA: http://www.aoa.dhhs.gov/international/USA-esp.html

Berkman, L. (1995). **The roles of social relations in health promotion.** USA: Psychosmatic Medicine.

Bodán, V y Col. (1981). Exploración de los intereses y las necesidades del anciano costarricense en aspectos vitales como: Trabajo, salud, recreación y vida sexual. Costa Rica: **Tesis** de Licenciado en Psicología. UCR.

Bowling, A. (1997). **A review of quality of life measurements scales**. Great Britain: Open University Press.

Bosque, Sofía. (1999). **Modelo Integral de la Promoción de la Salud en los ancianos: una visión integral de autocuidado.** México: Editorial Piensa S.A.

Bourduieu, P. (1999). La distinction. Critic Social du judgement. Paris: Les editions de minuit.

Bradford, John. (1994). Family Integraction and Adjustment to Aging Among Hispanic-American Elderly [ thesis]. Kansas: University of Kansas.

Brigg, M. y Fuentes, A. (1995). La problemática de la vejez en Costa Rica. Costa Rica: **Artículos** de la Caja Costarricense de Seguro S Hospital Blanco Psiquiatría y Salud Mental, México, Instituto Nacional de Psiquiatría.

Bryman, Alan. (1984). The debat about quantitative and cualitative reserch: a question of method or epistemology. USA: The brist **Journal** of sociology. Volunme XXXV Number 1. March,

Buendía José. (1987). **Gerontología y Salud**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Cabirol, N. (1997). **Situación económica de los ancianos frente a los hijos**. Argentina: Editorial Vergara.

Campos M. y Campos M. (1998). **Efectos de un modelo de atención de salud basados en el autocuidado en la población infantil. Marzo 1995 a marzo de 1998.** Colombia: Http://www. soluciones-alt.com/vozpub/letras/3aedad.htm.

Castro, Luis. (1993). Un manejo adecuado para una ancianidad feliz. Cuba: **Rev.** de trabajo social, Vol. IV (2).

Castro, J. (1999). La identidad de la salud. Retos y Perspectivas. Argentina: **Rev.** Escuela Salud Pública. Vol4 N° 1.

Centro Latino Americano de Demografía. (CELADE) (1997). **Envejecimiento de la población.** Costa Rica: http://www.celade.ac.cr/span/hechos/demog/demog7.html.

Cipollo, P. (1978). **La sabiduría y conocimientos de los ancianos.** Argentina: Editorial Paidos

Ciriaco, Francisco. (1997). **Disfrutar la Vejez.** España: Editorial Martínez S.A.

Colás, Pilar. (1998). **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en psicopedagogía.** España: Editorial Mc Graw Hill.

Collins, R. (1988). **Theroretical Sociology.** New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Consejo Episcopal Latinoamericano Rostros de ancianos.(1988). Bogotá, Colombia: **Seminario.**

Comisión Episcopal de Latinoamérica. (1995) La Pastoral de la Tercera Edad. Bogotá, Colombia:Conferencia.

Cook, T. and Reichadt, Ch. (1986). **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evualativa**. Madrid: Editorial Morata.

Cordero, Lidieth. (1989). Atención de enfermería con el componente de autocuidado para el seguimiento de pacientes de la III edad egresados del Hospital Dr. Blanco Cervantes. Costa Rica **Tesis** de licenciatura en enfermería, Universidad de Costa Rica.

Coppard, Larry. (1990). **La autoatención de la salud de los Ancianos en Hacia el bienestar de los ancianos.** Washington: Editorial Publicación Científica N° 492.

Coril, L. , Col. (1998). Life-Style-and emergent concept in the sociomedical sciencies. London: **Rev.** Cultury-Redical Psychiat.

Correa, E., col. (1993). **Atención primaria de salud para el anciano: estudio de morbilidad geriátrica en una población del estado de México**. México: Editorial Nueva época.

Cowgill, D. (1974). **Aging and Modernization: A Revision of the Theory,** in J.F. Gubrium (Ed). Late Life. Springfield: Charles C. Thomas

Cowgill & Holmes. (1972). **Aging and Modernization**. New York: Appleton-Century Crofts.

Cunninghan &Brookbank. (1988). **Gerontology; The Psychology, Biology and Sociology of Aging.** New YorK: Harper & Row.

Cumming &Henry. **Growing Old: The process of Sesengagement.** Basic Books. New York., 1961.

Chawla, T. (1988). The participación of the Elderly in Development.Malta, **Seminar** Expert Grup Meeting on Policies and Strategies for de participation.

Daft, R. y Steers, R. (1992). **Organizaciones. El comportamiento del individuo y de los grupos humanos**. México: Editorial Limusa, S. A.

Dean, K. ( 1996). Lay care in illness. Chicago: **Rev.** society scientific Medical.

De Debuchy, Astrid y col. (1994). **Vivienda y equipos. Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. OPS. Washington: Publicación Científica N° 546.

Delgado, Carlos. (1994). Prevención en la tercera edad. Perú: **Rev.** Diagnóstico. Vol.14 (1) setiembre.

Delgado, Juan y Gutiérrez Juan. (1998). **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.** Madrid: Editorial Síntesis S.A.

Díaz - Nieto, L; y Col. (1998). **Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II.** México: Http://www.insap.mx/salud/35/352-6s.html.

Dominguez Correa, Oscar. (1994). **El cuidado de la memoria en la vejez: manual para la autoayuda de la memoria/Memory care in elderly: handbook for memory self-care.** Santiago de Chile; Univ.de Chile. Facultad de Medicina; oct.

Douglas, M. (1997). **Implicit Meaning: essays in Anthropology**. London.

Dulcey R. Elisa. (1994). Envejecimiento y calidad de vida. Bogotá, Colombia: **Taller** de envejecimiento: Una perspectiva integral.

Dutari, Demetrio. (1997). El envejecimiento como procesa multifacético. **Diario** Panamá América. Dic. http://epasa1.epasa.com/El_Panamá_America/archive/htm.

**Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples**. (1999). Módulo de empleo Julio 1998/dirección General de Estadísticas y Censo.—San José: DGEC.

**Entrevista a participantes en el estudio**. (1999). Barva de Heredia, Costa Rica: Marzo.

Febier, A y Soler. V. (1996). **Cuerpo dinamismo y vejez.** Editorial INDE, 2da edición. Barcelona, Espana

Federación Internacional de la Vejez. (1998). **Declaración de los Derechos de las Personas Mayores**. México: http://www.uacam.mx/cdh/tercera.htm

Fernández, Rocío. (1992). **El apoyo social en la vejez. En evaluación e intervención psicológica en la vejez.** España: Ediciones Martínez Roca.

Feriggla, G. (1999). **Alternative to disengagement of adult life: Culture and Personality**. Chicago, Editory Aldine.

Ferrine, Armeda. (1996). **Health in the later years.** USA: Browa Publishers.

Fleites, Oneida. (1997). La calidad de vida de las personas mayores. Cuba: **Rev.** Cubana de Enfermería, mayo-agosto.

Flores, J. **Función del ejercicio físico del anciano en su adaptación al entorno psicosocial.** http://www.doymanet.es/copiaini/revista/jano/articulo. España1998.

Franklin, W. Autonomía en el proceso de envejecimiento. 1ª. Ed. Madrid: Ediciones Morata, 1982.

Fuster, S. (1997). The family as a support system in old age. USA, **Rev.** Gerontology N° 19

Gajardo, M. (1998). Teoría y Práctica de la Salud. **International Developoment** . Ottawa, Canada: Research Center.

Galinsky, David. (1994). **Equipo multidisciplinario. Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.** OPS Washington: Publicación Científica N° 546.

Galisky, David. (1998). **Los ancianos son autosuficientes, responsables de sí mismos.** Israel, Editorial Shalom.

Gamboa, Eduardo. (1997). Efectos de un programa de educación del ocio y la recreación en el tiempo libre. Costa Rica: **Tesis** de Licenciado en educación física UCR.

García, R. (1997). **Family Support for the Erderly. The international Experiencie.** Oxford: University Press.

Gardinier, H. (1994). **Family relationships in later life**. California: Sage

Garfinder, Charles. (1994). **Studies in Ethnomethodology**. Polity Press. Cambridge, 1998.

Gautier, Joan. (1992). **La spiritualité.** París: http://www.abordo .com.pa/ nao/ anterior/ 3/ beth1.html .

Giddens, A. (1999). **New Ruler of sociological Method.** London: Hutchinson.

Giron, D. (1999). **The spiritual world of older women**. California: Sage.

Girón, Manuel.( 1997). **Envejecimiento en América Latina y el Caribe.** Guatemala: Editorial José de Pineda Ibarra,

Gómez, Luz. (1992). **Adaptación al cambio permanente: consideraciones geronto-geriátricas.** España: Editorial Antares.

Gonzáles Inés. (1997). Plan gerontológico: Más calidad de vida para los mayores. España: **Rev.** 60 y más.

Gonzáles, Joaquín. (1994). **Aprendamos a envejecer sanos.** México: Editorial Miembros Comunidad Nacional de Industria.

Gonzáles, P. (1995). **Autocuidado responsabilidad personal y social.** México, Editorial McGraw Hill.

Gutiérrez, Alicia. (1990). Atención y cuidado de enfermería en el paciente senescente / Nursing care in the elderly patient. Chile: **Rev.** sanidad defensa nacional.

Gutiérrez, Luis. (1994). **Concepción holística del envejecimiento. Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.** OPS Washington:Publicación Científica Nº 546.

Gutiérrez, R. (Mexico: 1995). **Concepción holística del envejecimiento.** México: Editorial Nueva vida.

Hancock, Trevor. (1997). **Prioridades sociales en las personas mayores.** México: Editorial Piensa S.A.

Hancock, Trevor. (1999). **Prioridades sociales en las personas mayores.** 1999.Editorial Piensa S.A. México:

Harding, Sandra. (1987). **The Birth of Modern Science.** USA: Open University Press.

Hewitt, Jpohn. (1988). **Self and Society.** USA: Allyn aand Bacon, Inc.

Hidalgo, Jorge. **El envejecimiento: Aspectos sociales.** Editorial El Númen. San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica, 1998.

Hooker, Susan. (1990). **La tercera edad: Comprensión de sus problemas y auxilios prácticos para los ancianos.** España: Editorial Gedisa.

Jiménez, Walter. (1990). **Implicaciones económicas del envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe en Hacia el bienestar en los ancianos.** OPS Washington: Editorial Publicación Científica Nº. 492.

Jiménez, F. (1998). **Problemas sociopsicológicos del medio urbano.** España: Editorial Alianza.

Kickbusch, Ilona. (1999). **El autocuidado en la Promoción de la Salud**. México: Editorial McGraw Hill.

Kinsella, Kevin. (1990). **Dimensiones Demográficas y de Salud en América Latina y el Caribe en Hacia el bienestar en los ancianos**. OPS Washington: Editorial Publicación Científica N°. 492.

Laborit, M. (1997). **Los cambios biológicos inevitables**. España: http://www.soluciones-alt.es/vozpub/ letras/3aedad.htm

Lacayo, Rónald. (1996). Medición del impacto sobre los costos de atención a la salud del envejecimiento de la población en Costa Rica. **Tesis** de Licenciado en Economía en la Universidad de Costa Rica.

Lacroix, Jean. **Fuerza y Debilidades de la familia.**, Editorial Fontana.

Laweng, Jomes. (1992). **The study of spirituality Life.** Barcelona: http://www.doymanet.lon/ copiaini/ revista/jano/articulo9

Levin, Lois. (1998). The lay resource in health and health care. New York: **Rev.** Health promot.

Martínez, Alvaro. (1998). **Las personas mayores**. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica: http://www. adc.or.cr/revistas/971201re/art05.shtml.

Martínez, Juan. (1994). Salud mental del anciano. España: **Rev.** De la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social.

Martínez, M. (1994). **Nuevos métodos de investigación**. México: Editorial Trillas.

Martínez, M. (1997). **Los Nuevos Paradigmas de la Investigación Cualitativa**. México: Editorial Trillas.

Massarick , J. (1995). **Investigación Cualitativa: La descodificación de la vida cotidiana.** México: Editorial Trillas.

Mayer, Maria A. (1998). **Recursos sobre internet en atención primaria.** España: http://www.doymanet.es/ copiaini/revista/jano/articulo.

McAlister, M. (1998). **Identidad y autoconcepto: hábitos, creencias y estereotipos.** Perú: Editorial Quipus.

Milio, N. (1997). **Promoting Health Through Public Policy Canadian Public Health Assosiation.** Otawa.

Montoya, Carlos. (1999). **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.** Madrid: Editorial Síntesis S.A.

Moreno, Xabier. (1993). **Triunfar en la tercera edad: Salud, cultura e inserción social.** España: Editorial. Mensajero.

Morgani, María. (1998). **Autocuidado.** Brasil: http://www.usp.br. Junio..

National Institute of Aging en su publicación In Search of the Secrets of Aging (en busca de los secretos del envejecimiento 1998

Nieto, U. **Manejo de los problemas psicológicos del envejecimiento.** http://www.uacam.mx /cdh/tercera.htm México, 1998

Nieto, U. (1997). **Manejo de los problemas psicológicos del envejecimiento.** México: http://www.uacam. mx/cdh/tercera.htm

OMS. (1984). **Atención Primaria de Salud.** Washintgon.

OMS. (1988). **Orientaciones estratégicas para alcanzar salud para todos y por Todos.** Washintgon.

OMS. (1993). **Estratégicas para alcanzar salud para todos y por Todos.** Washintgon.

OPS (1983). Estrategia de Atención Primaria. Washintgon: **Conferencia** Internacional.

OPS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Otawwa: **Conferencia** Internacional.

OPS (1994). Enfermedad durante la vejez. Washintgon: **Conferencia** Internacional.

Ordóñez, Antonio. (1996). **La tercera edad en otros países/ The third age in other countries.** Colombia: Editorial Calvo.

Orem, Dorothea. (1985). **Teoría del autocuidado en enfermería.** México:Editorial Pirámide.

Orem, Dorothea. (1991). **Concepts of Practice.** USA: Editorial Mosby.

Oro Lau, Nargis y col. (1995). La vejez: Una edad para respetar y cuidar celosamente / The old age: an age to respect and to care with devotion.Cuba: **Rev.** Cubana de enfermería. ene-ago.

Ortiz, María y Col. (1997- 98). **Dictamen afirmativo unánime "Ley Integral para la persona Mayor".** Costa Rica: Comité Especial de la Asamblea Legislativa.

Otiniano, Max. (1994). **El anciano en la sociedad: relaciones entre las generaciones.** Perú: Editorial. Indacome.

Pajares, María. (1995). **Salud psicológica de las personas adultas mayores.** México http://www.sayrols .com. mx/clara/salud1.html.

Palau, Ana. (1996). La actividad física y tu salud. España, Http//www.pananet.com/websalud/ web5.htm.

Palau, Ana. (1997). **La muerte temprana te asecha...¡cambia pronto tus hábitos de vida.** España: http//www.pananet.com/websalud/web6.htm. .

Parreño Juan y col. (1995). **Tercera edad sana, ejercicios preventivos y terapéuticos.** España: Editorial Ministerio de Asuntos Sociales.

Pitkin, Walter. (1993). **Viva feliz después de los cincuenta.** Buenos Aires: Editorial Central.

Plasencia, J. (1996). **Proceso de desarrollo.** México: http://www. asiesamerica.mx/articles /sp97122002.html

Pérez, Gloria. (1998). **Investigación cualitativa: Retos e interrogantes.** Madrid: Editorial La Muralla, S.A.

Ponce, Juan. (1998). **Estilos de Vida en Ancianos.** México: Http://ponce.inter.edu/acad/ cai/vl/ reserva/estilo.htm

Potter, Patricia. (1990). **Promoción de los ancianos para América Latina y el Caribe en Programas de salud para adultos.** OPS Washington: Edit. Publicación Científica.

Quintero, Marialcira. (1988). Atención de enfermería con el enfoque de autocuidado para los ancianos con osteoporosis de la población de Zulia. Venezuela:**Tesis** para optar título de licenciada en enfermería, Univ. de Zulia, Maracaibo.

Quintero, Marialcira. (1997). Autocuidado: Una estrategia eficaz en la atención del anciano. Lima: **Trabajo** presentado en I Congreso Internacional de geriatría y gerontología .Setiembre (mimeografiado).

Quintero, Marialcira. ( 1994). **El autocuidado: La atención de los ancianos un desafío para los años noventa.** OPS Washington: Editorial Publicación Científica.

Ramírez, Nidia. (1991). Autocuidado del paciente geriátrico. Lima: Perú: **Tesis** para optar título de licenciada en enfermería. Universidad de Mayor de San Marcos;

Reich, Adrienne. (1978). **Nacida de mujer.** Barcelona, España: Editorial Noguer.

Richers, L. (1999). **Family relationships in later life.** New York: Elsevier.

Restrepo, Helena y Anzola, Elías. (1994). **Promoción de la salud de los ancianos. Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.** OPS Washington: Publicación Científica N° 546.

Ritzer, G. **Contemporany Sociological Theory**. Alfred A. Knopt. New YorK, 1999

Rodríguez, Leticia. (1997). Capacitación a los familiares para el autocuidado en el hogar del individuo con cáncer en fase terminal en la clínica integral de Tibás. Costa Rica: **Tesis** de Licenciatura en Enfermería en la UCR.

Rodríguez, Percy. (1997). **Historia de Barva: Estudio de lo local como identidad**. Barva, Heredia- Costa Rica: Editorial Mirambell.

Ruiz, L. et.al,. (1998). **La salud de la población envejecida.** España: http://www.Leader.es. Marzo .

Rutter, Michael. (1991). **La Resiliencia: Consideraciones conceptuales**. USA. Editorial Self.

Ruzek, S. (1998). **The wowan's health movement. Femenisti Alternatives to Medical Control**. New York: Editorial: Praeger.

Salas, Aquiles. (1994). **Los programas de prevención. Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.** OPS Washington: Publicación Científica Nº 546.

Sánchez, Carmen. (1990). **Trabajo social y Vejez**. Buenos aires: HUMANISTA.

Sánchez, Eli y Sevilla Ignacio. (1998). **Calidad de vida.** México: http://bugs.invest.uv.mx/ revista/ rev13.htm.

Sánchez-Ayéndez Melba. (1994). **El apoyo social informal. Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. OPS Washington: Publicación Científica Nº 546.

Sánchez, Silvia. (1990). Autocuidado en pacientes con Hemodiálisis del Hospital de Antioquía. Colombia: **Tesis** de graduación para optar título de licenciada en enfermería. Universidad de Antioquía.

Siezhener, Marian. (1985). Atención integral al paciente con enfermedad de Alzheimer del Hospital de Tel Avit. Israel: **Tesis** de licenciada en enfermería, Univ. de Tel Avit.

Silva, Sylva. (1993). Programa de autocuidado y seguimiento al paciente y familia con terapia de diálisis. Costa Rica:**Tesis** de graduación de licenciatura en enfermería, Univ. de Costa Rica.

Sheehy, Gail. (1992). **El pasage silencioso.** Argentina: Editorial Atlantida.

Smith, J.K. (1983). Qualitative versus Quantitative Reserech: -an attempt to clarify the issue. USA: **Rev.** Educational Research. Marzo

Solano, Olga. (1995). Manual sobre Estrategias metodológicas del aprendizaje andragógico. Costa Rica: **Tesis** para optar el grado de Master Scientie en Educación de Adultos en la Universidad de Costa Rica, 1995.

Skeet, Manuel. (1997). Revalorizar la Vejez. Perú, **Rev.** Sociedad Médico Peruana Administración Sanitaria.

Tamaez , Silvia. (1999). **Redes de apoyo y autocuidado. Una relación promisoria dentro de la equidad de Salud.** México: Editorial Piensa S.A.

Taylor, J. y Bodgan, R. (1990). **Introducciòn a los métodos cualitativos de investigación.** Buenos Aires: Editorial Paidos.

Taylor, S y Bogdan. (1992). **Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.** España: Editorial Paidos. 2da edición.

Tarrasco, Martha. (1996). **Tendencias y corrientes filosóficas de la promoción de la salud.** Madrid: Editorial Nueva Epoca.

Teevan, R. y Birney, R. (1994). **Teorías sobre motivación del aprendizaje.** México: *Editorial* Trillas.

Thompson, K. (1990). **Enfoque investigativo.** Buenos Aires, Editorial Atlanta.

Trejos, Alfonso. (1985). Implicaciones psico-sociales del envejecimiento de la población costarricense. Costa Rica: **Rev.** Ciencias Sociales N° 29 Marzo.

Turner, J. (1991). **The Structure of sociological Theory.** Beelmont Wadsworth.

Universidad Costa Rica. (1998). **El autocuidado.** Costa Rica: http://cariari.ucr.ac.cr /~patologi/ hema.html.

Universidad de Chile. (1998). **Autocuidado en salud y calidad de vida.** Chile: http://www.uchile.cl./ pregrado/Química/Alimentos/electivo1.html.

Vandenbrouce, Cognet. (1993). **Histoire de la spiritualité.** Paris: Editorial, Bon.

Vásquez, Felipe. (1999). **Cultura de la ancianidad.** México: Editorial Nueva Epoca.

Velázquez, J. y Col. (1998). **Los estilos de vida están generando cambios en la salud de la población generación tras generación.** Puerto Rico: Http://ponce.inter.edu/acad/cai/ ve/reserva/ jvelaszque/estilo.htm.

Villanueva, E. (1998). **Le importan los años. El envejecimiento se rodea de falsas creencias que revierten en peores cuidados.** España: http://www.el-mundo. es/salud/266/23N0135.html.

Vinicio, Marco. (1992). El anciano ente el entorno arquitectónico. Costa *Rica:* **Rev.** Gerontológica. Vol. 6 N°1, 2 y 3 Marzo - Noviembre.

Von, Bertalanffy. (1994). The History and status of general Sistems Theory. New York, Academy of Management **Journal,**15.

Xalapa, Rosario. (1998). **Cuidados en ancianos.** México: cancer@bugs.invest.uv.mx.

Zetina, Ma Guadalupe. (1999). **Significado del proceso de envejecimiento**. México: Editorial Nueva Epoca.

Zuñiga, Elena. (1996). Planteamiento de cuidados en ancianos en Costa Rica. Costa Rica: **Tesis** de licenciatura en enfermería, Universidad de Latina de Costa Rica.

Zuñiga, Eunice. (1994). Programa de autocuidado a niños con colostomia y su familia. Hospital de Niños. Costa Rica:**Tesis** de licenciatura en enfermería, Universidad de Costa Rica.

# APÉNDICE

## Descripción de Barva

El Cantón de Barva fue creado mediante decreto N°167 del 7 de diciembre de 1848. En cuanto a la toponimia según el Obispo Don Bernardo A. Thiel señala que proviene del vocablo indígena BARVAC, (BAR: calor o caliente y VAC: pueblo). Posee un área de 53.80 kilómetros cuadrados, ubicada en coordenadas geográficas medias dadas por 10°04'27" latitud norte y 84°07'05" longitud oeste. (Rodríguez: 1997)

Su cabecera es el distrito Ciudad de Barva y su principal barrio San Bartolomé. Está formada por los siguientes distritos: San Pedro, San Pablo, Santa Lucía, San Roque y San José de la Montaña. Limita al este con el Cantón de San Rafael, al oeste con el Cantón de Santa Bárbara, al norte con el Cantón de Heredia (Varablanca), al sudeste nuevamente con San Rafael, al sur con el Cantón de Heredia y al suroeste con el Cantón de Flores. (Archivos de Clínica de Barva: 1997)

En cuanto a su clima se caracteriza por abundantes precipitaciones en los meses de mayo, junio, julio, agosto, setiembre y octubre. Las lluvias ocurren en el período vespertino y primeras horas de la noche. El período seco es de diciembre a abril. La temperatura media anual oscila entre 19 y 20 grados centígrados en las partes bajas y entre 15 a 18 grados centígrados en sus partes más altas y montañosas. La humedad relativa varía muy poco durante el año y oscila entre 72 y 80% en las partes bajas y entre 80 a 90% en las partes altas y montañosas (Archivos Municipales del Cantón 1997)

Rodríguez, 1997 dice que entre las amenazas hidrometereológicas de acuerdo a la Comisión Nacional de Emergencias están las inundaciones por poseer una red fluvial bien definida por los ríos de: Quebrada Seca, río Segundo, río Macarrón, río Zanjón, río Porrosati y río Ciruelas. Cuyas riberas o planicies son ocupadas por el desarrollo urbano desordenado y sin planificación, y al margen de la ley que regula el desarrollo urbano y forestal. Por otro lado está la amenaza geológica, por existir a 30 kilómetros la fuente sísmica de Bajos del Toro y la Falla de Alajuela. Asimismo otra amenaza potencial es la actividad volcánica que podría darse por el volcán del mismo nombre.

La población total la Oficina General de Estadísticas y Censos (1997), en el conteo de población (no tiene migración) en 1996 fue de 26973. Siendo la población de 45 a 59 años el 10.66% (2874), de los cuales 50.07% (1439) son de sexo femenino y 49.93% (1435) de sexo masculino. Los mayores de 60 años representan el 7.33% (1976), de los cuales 50.25% (993) son de sexo femenino y 49.75% (983) de sexo masculino.

La densidad de población muestra su mayor concentración en el distrito de Barva, por la migración que se ha producido debido a la fuerza del proceso de urbanización que se ha venido dando, con un proceso económico basado en la industria, los servicios, el comercio y actividades financieras que desplazaron al café. Hay algunos cambios al interior de los distritos que se explican por la creación de programas de vivienda. ( Rodríguez 1997)

Según la Municipalidad del Cantón de Barva, existen 6000 viviendas, de las cuales 4734 son habitadas y 1266 se clasificaron como cerradas. Estas corresponden a casas de recreo de familias que habitan en otras zonas y que acuden los fines de semana. La distribución por características urbanas y rurales varía de acuerdo a cada distrito. Son Barva Centro y Santa Lucía las que tienen predominio absoluto de características urbanas.

La contaminación del aire al igual que cualquier otra ciudad de Costa Rica, se presenta por el crecimiento de la flotilla de vehículos que en su mayoría son carros usados. No hay contaminación por actividades industriales ya que en su mayoría es agrícola. (Rodríguez, 1997)

El Sistema de Acueductos, en su totalidad es por aprovechamiento por gravedad. En Barva Centro, San José de la Montaña y San Pablo el 100% del abastecimiento de agua es por la municipalidad. Santa Lucía el 100% es por la Empresa de Servicios Públicos. San Pedro tiene el 80% por AYA y el 20% del abastecimiento por la municipalidad. En cuanto a la red de eliminación de excretas tenemos que en Barva Centro el 97% (1182) de las viviendas cuentan con tanque séptico y el 3% (32) con letrina. (Municipalidad del Cantón de Barva 1997)

Las vías de comunicación, se cuenta con una carretera secundaria de 23.4 kilómetros y una terciaria de 1.24 kilómetros. Con pavimento 77 kilómetros. La red de electricidad es por

la Compañía Nacional de Fuerza y Luz la que se subdivide en dos circuitos y una subestación. El circuito Cipresal con potencia de 13800 voltios. Circuito San Roque con una potencia de 34500 voltios. Subestación Barva con una capacidad de 13800 voltios. (Municipalidad del Cantón de Barva 1997)

Respecto a la educación encontramos que según lo explicado por la Dirección Regional del Ministerio de Educación Pública, provincia de Heredia, se considera que el índice debe estar por encima del 95% lo que es muy significativo pues en otras áreas del país es mucho menor.

La Mortalidad General, presenta una tasa de 2.94 por mil habitantes, la más baja comparada con la mortalidad general a nivel nacional que está en 4.06 por mil habitantes o con la provincia de Heredia en 3.75 por mil habitantes. Entre las cinco primeras causas específicas están: enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo, enfermedad de la circulación pulmonar y enfermedades del corazón. (Corrales: 1997)

El área de influencia para efectos de la atención de salud, por efectos de concentración poblacional y accesibilidad se conformaron los siguientes sectores según distrito: San José de la Montaña (San José de la Montaña), Barva Centro (Barva), Santa Lucía (Sta. Lucía), Buena Vista (San Pablo), San Pablo (San Pablo), San Roque (San Roque), Puente Salas (San Pedro) y San Pedro (San Pedro).

La red de servicios de salud del área de Barva de Heredia, cuenta con 25 establecimientos del Sector Salud, de ellos doce pertenece al sector privado y se encuentran ubicados en el distrito central de Barva. Para la referencia y contrareferencia se cuenta con los hospitales de: San Vicente de Paúl en el cantón de Heredia, Hospital México, Hospital Nacional de Niños, Hospital Nacional Psiquiátrico y Hospital Blanco Cervantes. Corrales (1998)

Dentro de las instituciones que cuenta Barva Centro que apoya o brinda atención a las personas adultas mayores son: el centro Diurno, atiende a 30 ancianos, la mayoría mujeres y

realizan labores recreativas y manuales; el Club de ancianos que tienen reuniones semanales y realiza actividades y recreativas y educativas, el Club de Leones que apoya a los adultos en la compra de pañales, alimentos y prestamos de sillas de ruedas entre otros. La Cruz Roja, apoya en el traslado de ancianos que estén enfermos o accidentados; la Iglesia Católica, no cuenta con Pastoral de la tercera edad, sólo con grupo de damas Vicentinas que proporcionan un grupo básico de alimentos para semana; el Comité de la Municipalidad que actúa coordinando la transferencia de casos y la atención de salud. La COOPESIBA R.L. brinda atención médica y promocional de la salud.

## ACTIVIDADES EMERGENTES DE LA INVESTIGACIÓN: RED DE APOYO

Cabe destacar que por inquietud de las personas adultas mayores participantes en el estudio de establecer contacto entre ellos es que solicitan que sea la investigadora la portadora de dicha inquietud. Al comunicárseles a cada una de las personas éstas estaban muy de acuerdo y deseosos de conocerse.

Por ello, antes de la devolución final de la información a las personas adultas mayores participantes en el estudio se les ayudó a comunicarse telefónicamente. Y después de concluida la recopilación de la información dichas personas concretaron una reunión para el día 3 de agosto de 1999, en la casa de la Sra. SJM. Dicha reunión tuvo una duración de 5 horas fue de 1 a 6pm. En está reunión asistieron las 8 personas adultas mayores participantes en el estudio y la investigadora como invitada. La anfitriona a través de una dinámica hizo que nos presentáramos cada una de las personas asistentes. Posteriormente se comentó sobre el proceso de las interacciones durante la realización del estudio y de las necesidades y/o problemas que tenían cada uno y la trascendencia de formar una red de apoyo. Es importante mencionar que cada una de las personas habían llevado algo de boquitas para compartir.

Esta reunión fue de mucha amabilidad, armonía, jovialidad, cordialidad y entusiasmo. He inclusive comentaban que era como si se conocieran desde hace mucho tiempo. El decorado de la casa incluía arreglo floral, una tarjeta grande donde daba la más cordial bienvenida a cada uno de nosotros.

A partir de la fecha se estableció que cada 15 días (primer y tercer jueves de cada mes) en el horario de 1 a 5pm. se reunirían en forma rotativa en cada una de sus casas a la cual la investigadora fue muy amablemente partícipe. Se organizaron de tal manera que el anfitrión sea la persona que dirija la reunión.

La programación de las reuniones se haría cada mes. Además se acordó hacer una agenda que incluye una distribución del tiempo, aproximadamente 30 minutos para saludo;

120 minutos de diálogo sobre alguna necesidad o problema que esté afectando su calidad de vida, está se acuerda en la reunión anterior.

Por ejemplo en 2 reuniones se ha analizado sobre el tema del proceso de envejecimiento, y en 9 reuniones sobre temas de autocuidado integral; así también en 6 reuniones se realizó la demostración a los miembros de la familia de las personas adultas mayores sobre cuidados de los pies, de la mucosa nasal y auditiva, de la dentadura y la hidratación. 75 minutos para actividades recreativas (recitar, escribir, elaborar refranes, dichos, cantar, jugar, bailar entre otros) y degustar un refrigerio. Finalmente 15 minutos para discutir el tema de la próxima reunión.

Es importante mencionar que a partir de la 4 reunión se integraron miembros de la familia de la persona adulta mayor anfitriona y de allí gran parte de las otras personas tales como las hijos e hijas, nietas y nietos tanto niños, adolescentes y jóvenes. La participación de ellos es activa durante toda la reunión, especialmente en la discusión y análisis de algunos temas del proceso de envejecimiento y de autocuidado demás. Además, se elaboró material dedicado a las personas adulto mayor, algunos de los cuales se adjuntan a continuación.

A la fecha de culminación del informe de investigación, se pudo constatar que la red continuaba reuniéndose, teniendo dentro de sus actividades futuras la ampliación de la red en el cantón y coordinar acciones con la Clínica de Barva.

Barva, Noviembre 1999.

## CAMBIOS INEVITABLES

La vida se hace de cambios. Por el mismo hecho de que el hombre es un ser dinámico, cambian también las circunstancias que le rodean. Las diferentes etapas van marcando un nuevo modo de vivir en ello influyen no sólo las personas, también, de algún modo, las cosas. Aquella casa donde pasé parte importantísima de mi vida, tuve que dejarla. El último de los hijos que quedaba soltero emprendió su camino. La casa entonces se volvió insegura, demasiado grande y demasiado vacía de los que ahí estuvieron; llena en cambio de recuerdos: fiestas de cumpleaños, serenatas, aniversarios de boda, comidas de Navidad, esperas de años nuevos. Y también despedidas, lágrimas, lugares vacíos que nunca volverán a ocuparse.

¡Cuántas cosas que consciente o inconscientemente enterré volvieron a cobrar vida! La historia de mi familia aprisionada en las hojas de un álbum, la trenza dorada de una hija que tengo en el cielo, diferentes estuches que guardan lentes de mi esposo, cartas postales, servilletas de papel con frases que dicen mucho, felicitaciones por el día de las madres plasmadas en renglones chuecos y letras desiguales: Este año seré bueno. Me portaré bien. Te quiero mucho, velas de Primera comunión; cinco pulseras de cuentas pequeñas, tres azules y dos rosas, con el nombre de un bebé nacido, debe haberles incomodado, pero así lo ordenaba el hospital donde nacieron mis hijos.

Cosas que fueron y que siguen presentes porque la vida es un todo con sus penas y con sus alegrías. Siendo así, procuro resaltar lo positivo: los momentos felices, los éxitos, la riqueza que encierra cada persona. Lo negativo ahí está, no lo puedo borrar, sería apartarme de la realidad, pero aun lo negativo se vuelve positivo porque me da materia de aprendizaje

La casa ha quedado vacía se ha colgado un letrero que dice: Se renta; al verlo sentí como si alguien extraño fuera a entrar en mi intimidad, como si estuviera dando permiso a quien no conozco, de arrebatarme la vida feliz que ahí se queda. Después recapacité y concluí que no, que esa vida me pertenece a mí y a nadie más, experimenté una vez más que las cosas no son las que nos dan la felicidad.

Los recuerdos van conmigo, pero no me gusta vivir del pasado, el presente es lo que vale, quedan todavía muchas cosas por hacer, por aprender por enseñar y también por escribir. Cada día trae consigo un cúmulo de novedades y de proyectos, un quehacer que se come las horas y que teje nuevas ilusiones.

Todo en la vida tiene un término, lo importante es aceptarlo y ver para adelante, la falta de proyectos es el inicio de la muerte.

Jueves, 28 de Setiembre de 1999

# LOS VIEJOS NUNCA MUEREN

**Viejitos queridos...**

1. Los viejos actores nunca mueren, simplemente pierden su personaje.
2. Los viejos analistas numéricos nunca mueren, simplemente son truncados.
3. Los viejos antropólogos nunca mueren, simplemente se vuelven historia.
4. Los viejos asistentes sociales nunca mueren, simplemente se van al otro barrio.
5. Los viejos astronautas nunca mueren, simplemente se van a otro mundo.
6. Los viejos banqueros nunca mueren, simplemente pierden interés.
7. Los viejos compositores nunca mueren, simplemente se descomponen.
8. Los viejos contadores nunca mueren, simplemente pierden su balance.
9. Los viejos decanos nunca mueren, simplemente pierden sus facultades.
10. Los viejos dibujantes de películas animadas nunca mueren, simplemente están en animación suspendida.
11. Los viejos ecologistas nunca mueren, simplemente son reciclados.
12. Los viejos electricistas nunca mueren, simplemente pierden contacto.
13. Los viejos espeleólogos nunca mueren, simplemente se entierran.
14. Los viejos especialistas en láser nunca mueren, simplemente pierden su coherencia.
15. Los viejos esquimales nunca mueren, simplemente se enfrían.
16. Los viejos generales nunca mueren, simplemente se degradan.
17. Los viejos geometristas nunca mueren, simplemente pasan a otro plano.
18. Los viejos hipocondríacos nunca mueren, simplemente se lo imaginan.
19. Los viejos hombres del tiempo nunca mueren, simplemente el tiempo deja de importarles.
20. Los viejos informáticos nunca mueren, simplemente pierden su memoria.
21. Los viejos jardineros nunca mueren, simplemente son sembrados.
22. Los viejos magos nunca mueren, simplemente desaparecen.
23. Los viejos piratas nunca mueren, simplemente estiran la pata.
24. Los viejos matemáticos nunca mueren, simplemente se desintegran.
25. Los viejos matemáticos nunca mueren, simplemente pierden algunas de sus funciones.
26. Los viejos mediums nunca mueren, simplemente se van a visitar a sus amigos.
27. Los viejos niños nunca mueren, simplemente se adulteran.
28. Los viejos operadores de ordenadores nunca mueren, simplemente son archivados indefinidamente en una memoria externa.
29. Los viejos sucios nunca mueren, simplemente huelen peor.
30. Los viejos programadores nunca mueren, simplemente se descompilan.
31. Los viejos profesores nunca mueren, simplemente pierden sus clases.
32. Los viejos profesores de trigonometría nunca mueren, simplemente pierden sus identidades.
33. Los viejos químicos nunca mueren, simplemente dejan de reaccionar.
34. Los viejos relojeros nunca mueren, simplemente su tiempo se acaba.
35. Los viejos termodinámicos nunca mueren, simplemente alcanzan su estado de máxima entropía.
36. Los viejos fogosos nunca mueren, simplemente cargaron fuego.
37. Los viejos verdes nunca mueren, simplemente se marchitan.

Con mucho cariño para las titas y abuelitos queridos de sus nietos y nietas de las ocho (8) personas adultas mayores: Marvin, Alfonso, Daniel, Alan, Lorena, Marielos, Hilda, Rhandoll, Nelly, Javier, Carmen, Manuel y Rodrigo .

Jueves, 8 de Octubre de 1999

# DEMOSTRACIÓN AL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO DE LOS PIES

## TRATAMIENTO CASERO

### MATERIAL

- Manzanilla
- Aceite de olivo
- Vinagre blanco
- Corta uñas
- Limas de madera
- Shampoo
- Ajos
- Tijeras
- Piedra pómez

**Agosto. 1999**