

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

*Envejecimiento Saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el
reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores
pertenecientes a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018*

Trabajo Final de Graduación propuesta para optar por el grado de Licenciatura en
Promoción de la Salud modalidad Proyecto

Sustentantes:

María Stephanie Arias Jiménez, carné B10605
Correo electrónico: stephanie.ariasjimenez@gmail.com
Yeiner Gutiérrez Soto, carné A73077
Correo electrónico: yeguso88@gmail.com

Comité Asesor

Director: MSc. Fernando Herrera
Lectores: Dr. Jaime Alonso Caravaca
Dr. Allis Felipe Selleck

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

2019



ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 02-2019

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día martes 28 de febrero 2019, a las 2:00 pm, en la Escuela de Salud Pública con el objetivo de recibir el informe oral correspondiente a la defensa pública de:

SUSTENTANTES	CARNE	AÑO DE EGRESO
Yeiner Gutiérrez Soto	A73077	2016
María Stephanie Arias Jiménez	B10605	2016

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad Proyecto para optar al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

El Tribunal Examinador está integrado por:

Dr. Mauricio Vargas Fuentes	Presidente
Licda. Karen Masis Fernández	Profesora Invitada
M.Sc. Fernando Herrera Canales	Director T.F.G.
Dr. Jaime Caravaca Morera	Miembro del Comité Asesor
Dr. Ailla Felipe Sella	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

La persona que preside el acto informa que el expediente de las personas postulantes contienen todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y por lo tanto se solicita que procedan a hacer la exposición.



ARTICULO II

Las personas postulantes realizan la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:

"Envejecimiento Saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores pertenecientes a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018".

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador realiza las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el proceso, el Tribunal procede a deliberar en privado.

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO () NO APROBADO ()

Observaciones:

1. Revisar los aspectos metodológicos articulando la metodología de proyectos con los propios de los de investigación
2. Revisar las recomendaciones hacia una visión más estratégica



ARTICULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador le comunica a los postulantes el resultado de la deliberación, siendo esta aprobatoria por lo que los declara acreedores al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

Se les indica que tienen 30 días hábiles para la presentación de los ejemplares en su versión final, conforme lo estipula el Artículo 36 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Adicionalmente se les informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocados.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante. A las 15:40 se levanta la sesión en Escuela de Salud Pública

Nombre:

Firma:

Fernando Herrera Canales

Jame Caracica Herrera

Julia Beltrán Sotillo

Karen Mari Fernández

Mauricio Vargas Fuentes

[Signature]

[Signature]

[Signature]

Mauricio Vargas Fuentes

Estudiante

[Signature]

[Signature]

Alguna otra observación

Oficina de Registro

SELLO

Expediente

Postulante

Nota Aclaratoria

Según el Artículo 15 del Reglamento de Trabajo Final de Graduación de la Universidad de Costa Rica, este trabajo cumple con lo señalado para ser un Proyecto de Graduación, ya que fue una actividad teórico-práctica dirigida al diagnóstico de un problema, su análisis y a la determinación de los medios válidos para resolverlo.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo a Dios, quien es mi fortaleza y me ha dado las herramientas y los recursos para poder salir adelante, y alcanzar mis sueños. A mis padres, quienes siempre han creído en mí, y me han alentado para seguir adelante, asimismo, les agradezco por todos los sacrificios que han realizado para poder efectuar mis estudios.

Además, agradezco a mi pareja, y a aquellos amigos y familiares por todas las palabras de aliento y el apoyo mostrado para culminar con esta trayectoria. Aunado a esto, agradezco a mi compañero de Trabajo Final de Graduación, Yeiner, por el apoyo, la confianza, la paciencia y el trabajo en equipo, ya que, gracias a esto, y nuestro esfuerzo pudimos desarrollar y concluir este proyecto.

Asimismo, le agradezco a la Escuela de Salud Pública, a sus profesores, quienes brindaron herramientas y apoyo a lo largo de la carrera de Promoción de la Salud, y algunos de estos siguieron contribuyendo en mi formación hasta el día de hoy. Siento un gran orgullo de haber contado con el apoyo del Msc. Fernando Herrera Canales, quien me ha apoyado en este camino y quien realizó un gran acompañamiento a este proyecto, asimismo, al contar con la colaboración de los doctores, Dr. Allis Sellek y Dr. Jaime Caravaca, les agradezco por el seguimiento brindado, por la retroalimentación y por el apoyo que nos dieron en este camino; sin este gran comité asesor este proyecto no se hubiera podido presentar, de todo corazón gracias por el apoyo y esfuerzo demostrado.

También se le agradece a la Clínica Integrada de Tibás, específicamente al profesor Manuel Jiménez, quien muy amablemente nos abrió el espacio necesario para desarrollar este proyecto, así como por el apoyo brindado a lo largo de las sesiones.

Por último, pero no menos importante, quiero dedicar este trabajo a las personas que lo hicieron posible, a las 24 personas adultas mayores que participaron activamente en este proyecto, gracias por permitirnos trabajar con todos ustedes, gracias por conformar uno de los mejores grupos con los que he tenido el placer de colaborar, gracias por la participación, la confianza, el apoyo y el cariño brindado a lo largo del proceso, de todo corazón gracias por permitirnos culminar un paso académico con ustedes.

Stephanie Arias Jiménez

“La vida no es la que uno vivió sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla”

(Eduardo Galeano)

Con la anterior cita quiero dedicar este trabajo a Dios por siempre darme las herramientas y destrezas necesarias para lograr todos los objetivos planteados. A mis padres y hermanos por todo el sacrificio y apoyo brindado en este recorrido académico.

Al Msc. Fernando Herrera Canales que siempre ha creído en mí como persona y como profesional. Gracias por todas tus enseñanzas y asumir este reto de guiarme en el presente trabajo. Me siento honrado de contar con el apoyo de una persona tan íntegra y con tanta disposición.

Al Dr. Allis Sellek porque desde su amplio conocimiento, me ha brindado herramientas y consejos para el aprendizaje en todo el tema de estimulación cognitiva. Gracias por creer en este Promotor de la Salud y abrirme las puertas en FundAlzheimer, será otra escuela de formación para mi crecimiento profesional.

Al Dr. Jaime Caravaca porque lo admiró por su dedicación y pasión por las cosas que emprende, es un motor y un ejemplo a seguir para futuras generaciones. Gracias por sus correcciones y por “aterrizarme” en las ideas.

Al profesor Manuel Jiménez de la Clínica Integrada de Tibás, por abrirme siempre las puertas del centro de salud para construir y deconstruir con los diferentes grupos de adultos mayores que me ha organizado y presentado. Gracias por cada retroalimentación y palabra de aliento.

Dedico este trabajo a las 24 personas adultas mayores que aceptaron participar de este proyecto, cada aporte que dieron fue una página en mi libro de experiencias y de formación. Gracias por cada sonrisa y palabra agradecimiento, sin duda el mejor grupo de trabajo.

A todos esos amigos, colegas, y personas que la vida ha puesto en mi camino para lograr este título. ¡Gracias infinitas!

Que este trabajo, hecho con tanta pasión y entrega sea recordado por cada una de las personas involucradas en este proyecto, y que la vida me permita contar cada recuerdo de esta aventura formativa por la Universidad de Costa Rica, mi espacio.

Yeiner Gutiérrez Soto

Tabla de contenido

Índice de Ilustraciones	11
Índice de Tablas	12
Resumen.....	13
Capítulo 1. Apartado Introdutorio.....	14
1.1 Área de estudio.....	15
1.2. Justificación.....	17
1.3 Antecedentes	20
1.3.1 Antecedentes internacionales	21
1.3.2 Antecedentes Regionales	24
1.3.3 Antecedentes Nacionales	26
1.4. Objetivos	29
1.4.1. Objetivo general	29
1.4.2 Objetivos específicos.....	29
Capítulo 2. Marco de referencia.....	30
2.1. Definición de Salud	30
2.2. Definición de Promoción de la Salud	31
2.2.1. Conferencias y documentos de Promoción de la Salud	33
2.2.2. Líneas de acción para Promoción de la Salud	35
2.2.3. Estrategias desde Promoción de la Salud.....	38
2.3. Envejecimiento.....	42
2.3.1. Determinantes del proceso de envejecimiento	43
2.3.2. Envejecimiento saludable.....	46
2.4. Estimulación Cognitiva	49
2.4.1. Capacidad funcional saludable.....	53
2.5. Habilidades para la vida	54
2.6. Prácticas saludables	56
2.6. 1. Rendimiento intelectual	57
2.6.2. Actividades sociales	57
2.6.3. Alimentación saludable	57
2.6.4. Ejercicio físico.....	60
Capítulo 3. Métodos de trabajo.....	65
3.1. Población y muestras	65

• Beneficiarios directos:.....	65
• Beneficiarios indirectos:.....	65
3.1.1. Perfiles de selección.....	65
3.2 Estrategia de trabajo seguida	66
3.2.1. Enfoque de investigación.....	66
3.2.2. Paradigma de investigación	67
3.2.3. Diseño de investigación.....	67
3.2.4. Descripción de las técnicas e instrumentos planteados.....	68
3.3. Logística seguida	72
3.4. Técnicas de análisis o de construcción empleadas	75
3.5. Obstáculos y dificultades encontradas	76
3.6. Plan de Garantía Ética.....	79
Capítulo 4. Análisis de resultados	82
4.1 Descripción del objeto estudiado	82
4.2 Análisis de los datos	84
.....	134
Lista de Acrónimos	139
Finalidad del Compendio	140
Justificación	141
Fundamentos teóricos.....	145
Técnicas Participativas.....	155
Técnicas de presentación.....	156
Técnica Rompehielo	157
Técnica de análisis y profundización	167
Técnica de evaluación	177
Referencias Bibliográficas	179
Capítulo 5. Conclusiones.....	182
Capítulo 6. Recomendaciones	189
Referencias bibliográficas	195
Anexos.....	208
Anexo 1. Árbol de problemas	208
Anexo 2. Árbol de objetivos	209
Anexo 3. Operacionalización de las variables	210

Anexo 4. Operacionalización de las categorías de análisis	212
Anexo 5. Guía de sesiones de observación cognitiva	215
Anexo 6. Guía de observación de sesiones de prácticas saludables	216
Anexo 7. Observación de campo: ejercicio de Chi Kung	217
Anexo 8. Cuestionario. Características sociodemográficas	218
Anexo 9. Informes de campo.....	220
Anexo 10. Informes de campo.....	221
Anexo 11. Informe de técnica lúdica: lluvia de ideas escrita	222
Anexo 12. Índice de Kazt.....	223
Anexo 13. Test MoCA.....	224
Anexo 14. Formulario de consentimiento informado	225

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Criterios fundamentales para el desarrollo de proyecto	19
Ilustración 2. Cartas y declaraciones en Promoción de la Salud.....	34
Ilustración 3. Determinantes del proceso de envejecimiento	45
Ilustración 4. Factores de protección y de riesgo para las personas adultas mayores.....	48
Ilustración 5. Las 10 Habilidades para la vida	55
Ilustración 6. Proporción recomendada de cada Grupo de Alimentos para una buena salud	59
Ilustración 7. Pasos del Qigong y sus beneficios	64
Ilustración 8. Criterios de inclusión y exclusión de la población participante en el proyecto	66
Ilustración 9. Área de atracción Clínica Integrada de Tibás, Lic. Rodrigo Fournier G.	82
Ilustración 10. Método utilizado para valorar la adopción de prácticas saludables por medio de percepciones y significados.	124

Índice de Tablas

Tabla 1. Niveles de la educación para la salud	41
Tabla 2. Distribución de la edad según sexo y medidas de tendencia de los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018	86
Tabla 3. Resultados de los dominios cognitivos obtenidos a través de la prueba MoCA aplicado a las PAM del grupo de la Clínica Integrada de Tibás, 2018.....	94
Tabla 4. Distribución del puntaje promedio de la aplicación de la Escala Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en el grupo de Adulto Mayor de la Clínica Integrada de Tibás, 2018.	127

Resumen

Durante los últimos años, la población de personas adultas mayores en Costa Rica, al igual que en el resto del mundo, va en constante crecimiento, y a su vez las necesidades de este grupo etario aumentan por aspectos propios del proceso de envejecimiento. La Clínica Integrada de Tibás, desde su creación en 1993, busca nuevos espacios de abordaje para dicha población en donde se promueva el desarrollo de diferentes proyectos integrales y con ello, trascender hacia un modelo biopsicosocial.

A partir de esto, se planteó el proyecto de envejecimiento saludable avocado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de las prácticas saludables para satisfacer la necesidad prevista de una intervención de tipo educativa con enfoque constructivista; donde se implemente actividades para el abordaje de las temáticas de promoción de la salud, envejecimiento saludable, reforzamiento de factores protectores y la estimulación de los dominios cognitivos.

Para implementar este proceso educativo, participaron veinticuatro personas adultas mayores adscritas a la Clínica Integrada de Tibás, a las que se le aplicó en dos momentos del proyecto, dos escaladas cognitivas, el Montreal Cognitivo Assesment (MoCA) y el Kazt, para identificar el tipo de deterioro cognitivo y las Actividades de la Vida Diaria (AVD), respectivamente. Aunado a ello, se implementaron una serie de técnicas evaluativas para indagar sobre los conocimientos respecto a algunos determinantes de este proceso de envejecimiento.

Con base a los resultados de estas evaluaciones, se realizó un proceso educativo para promover un envejecimiento saludable, a partir del cual se identificaron una serie de aspectos a considerar para futuros trabajos.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Envejecimiento Saludable, Capacidades Cognitivas, Prácticas Saludables, Factores Protectores, Factores de Riesgo.

Capítulo 1. Apartado Introductorio

Cuando se hace referencia al envejecimiento saludable, además de pensar en la calidad de vida de las personas adultas mayores es importante tomar en cuenta todas aquellas percepciones que estas tienen con respecto al proceso de envejecimiento. Los cambios que constituyen e influyen este proceso son complejos y contemplan aspectos biológicos, físicos, emocionales, así como de roles sociales (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Según este organismo internacional, el envejecimiento saludable busca fomentar y mantener las capacidades funcionales de la persona adulta mayor que permitan el bienestar en la vejez. Para lograrlo, se han impulsado acciones concretas para que los gobiernos, en sus políticas, implementen estos llamados y actúen en beneficio de esta población, teniendo en cuenta que las estrategias de salud pública que se han desarrollado al respecto han sido ineficaces y no responden a los retos que suponen el aumento de la longevidad, evidenciándose a sí que los sistemas de salud no están adaptados a la atención integral que necesita este grupo etario (OMS, 2015).

Costa Rica ha definido como prioridad el cuidado y atención de las personas adultas mayores, lo cual se respalda legislativamente con una serie de normativas, como lo son: Ley 7935: “Ley Integral para la Persona Adulta Mayor”, Ley 7052 “Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda”, Ley 8783 “Reforma a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares”, asimismo, los decretos N° 37165-S, 36607-MP, 36511-MOPT, 34961-MP, entre otros.

Además, se han adoptado los enunciados vigentes en las declaraciones internacionales que establecen principios a seguir por los Estados partes, como lo son: la Carta de San José sobre Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012), la Declaración de Brasilia (2007), la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (2003) (CONAPAM 2013).

Por lo tanto, teniendo en consideración las normativas anteriores y los desafíos actuales de esta población, se realiza una propuesta de proyecto en la Clínica Integrada de

Tibás, localizada en el Distrito de San Juan de Tibás, y más específicamente para el programa de Promoción de la Salud. En este servicio se espera brindar una opción para el fortalecimiento de las capacidades cognitivas para un envejecimiento saludable en las Personas Adultas Mayores (PAM) adscritas en dicho centro de salud.

Así las cosas el siguiente documento expone la propuesta del proyecto mencionado, y como este contribuyó propiciando un envejecimiento saludable en el grupo meta, por lo que a continuación se explica el área de estudio, la justificación que sustenta el proyecto y los objetivos del mismo. Además, se muestran los resultados de una revisión bibliográfica de estudios de interés para el trabajo, y se complementa con un marco referencial con los principales enfoques y definiciones considerados.

Aunado a esto, se exponen los métodos utilizados para ejecutar la propuesta, como por ejemplo, la estrategia de trabajo seguida, características de la población en estudio y cómo fue su selección, los instrumentos utilizados para recopilar información y las técnicas con las que se analizó. Seguidamente se presentan los resultados acompañados del análisis respectivo.

Como último elemento, se plantea la evaluación del proyecto, así como las principales conclusiones a las cuales se llegaron y se proponen una serie de recomendaciones a considerar para futuros proyectos de este tipo.

1.1 Área de estudio

Uno de los cambios más significativos en las sociedades modernas es la tendencia progresiva al envejecimiento de la población, lo que implica el aumento en la cantidad de personas adultas mayores, aproximándose a una esperanza de vida de 80 años o más dependiendo del país.

Costa Rica no es la excepción, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) proyectó para el presente año de una población de cerca seiscientos dieciocho mil personas mayores de 60 años, lo cual constituye el 12.36% de la población. También, estas estimaciones prevén que para el año 2025 este grupo poblacional aumentará a un 15.73%, y

para el año 2050 será casi el doble, ya que el porcentaje aumentará aproximadamente 11 puntos porcentuales.

El cambio demográfico en la población es, según Alvarado y Salazar (2014), un problema de Salud Pública, ya que, con el aumento de las Personas Adultas Mayores (PAM), se evidencian las falencias de los gobiernos en cuanto a la poca preparación en el abordaje integral de las implicaciones físicas, mentales, sociales y sanitarias que este crecimiento poblacional conlleva.

Este escenario muestra la necesidad de crear políticas públicas que impulsen la implementación de planes, programas o proyectos que garanticen condiciones óptimas para un envejecimiento exitoso, entendido este como la “habilidad para mantenerse un bajo riesgo de enfermarse, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas” (Alvarado y Salazar, 2014, p.61), este tipo de envejecimiento puede ser alcanzado por medio del desarrollo y mantenimiento de prácticas saludables.

Para garantizar estas condiciones reales, es necesaria la articulación de procesos multidisciplinares que permitirán afrontar los desafíos actuales en cuanto a intervenciones con las personas adultas mayores. Esta propuesta parte en primer lugar, de la articulación de la promoción de la salud, la actividad física; por medio de una técnica reconocida en la medicina oriental, y la neuropsicología. La unión de esto es la base para la implementación del proyecto de prácticas saludables para el fortalecimiento de las capacidades cognitivas de las PAM.

Con este proyecto se busca mejorar sus posibilidades de autonomía, buena salud, autocuidado, alimentación saludable y productividad que conlleve un proceso de bienestar, salud física y mental, para que con esto logren mantener o modificar ciertos determinantes que afectan el funcionamiento en las actividades de vida cotidiana (ADV).

Aunado a esto, la estimulación cognitiva es otro de los ejes centrales de esta propuesta, ya que como se menciona en el artículo “*Caracterización clínica de pacientes*

con deterioro cognitivo” de Gómez et al (2003) “el incremento en la expectativa de vida de la población ha originado el aumento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, es importante investigar el deterioro cognitivo porque afecta la calidad de vida de los pacientes y genera elevados costos para la familia y la sociedad” (p.1).

El deterioro cognitivo, según Franco y Criado, citado por Jara, 2007 “es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), es un tema importante, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los afectados” (p.4).

Por ende, al considerar el crecimiento de la población adulta mayor, así como las necesidades que se han evidenciado en el mantenimiento cognitivo, es que se plantea y ejecuta esta propuesta desde un enfoque de promoción de la salud, que buscó la estimulación cognitiva y la promoción de prácticas saludables en la población adulta mayor, como opción para tener envejecimiento saludable, y por ende una mejor calidad de vida.

1.2. Justificación

Según Ramos (2001) “el envejecimiento implica cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables” (p.86). En muchos de los casos, estos cambios producto de la edad conllevan situaciones físicas, psíquicas, funcionales o sociales en las PAM que genera un equilibrio inestable en ellos, favoreciendo la probabilidad de sufrir dependencia o institucionalización (De León et al, sf).

Debido a los cambios mencionados anteriormente, asimismo, el aumento de la esperanza de vida y la respuesta del sector salud, es que surge la pertinencia para la Clínica Integrada de Tibás de buscar un enfoque más integral para trabajar con esta población, esto debido a que esta institución, dentro de sus servicios no aborda el fortalecimiento de las capacidades cognitivas.

De esta manera, se promueve una intervención que trascienda el modelo basado en la atención de la enfermedad a otro más integral que promueva la salud, esto por los componentes sociales, físicos, ambientales, económicos, y neuropsicológicos que conlleva el proceso de envejecimiento y que se considera necesario contemplar. También al pertenecer la clínica a una cooperativa (COOPESAIN), otras personas adultas mayores podrían resultar beneficiarias con la implementación de un proyecto bajo este eje en salud , en otras localidades.

La importancia de un abordaje integral de esta problemática es contemplada desde un marco político, ya que la ley N° 7935 “Ley Integrada para la Persona Adulta Mayor”, así como diferentes manuales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), hacen relación a esto.

En consecuencia, la importancia del aumento de las PAM, y las problemáticas de salud mental y física asociadas a esto, así como el modelo de prestación de servicios en salud por parte de las entidades responsables en el país y tomando en cuenta la urgencia política de responder a esta situación, es que se observa la necesidad de trabajar en estas circunstancias desde un enfoque integral, como lo es la Promoción de la Salud.

Por lo que se propuso un proyecto que abordó las capacidades cognitivas de las personas adultas mayores asistentes a la Clínica Integrada de Tibás, porque esto es de gran significativo para la Promoción de la Salud en el marco de trabajo con las PAM, detallar la acción en tres aspectos principales:

Ilustración 1. Criterios fundamentales para el desarrollo de proyecto



Fuente: Elaboración propia (2019).

Esta propuesta, involucró la promoción de prácticas saludables que fortalecieran la estimulación cognitiva en las PAM, y bajo esta línea, y en búsqueda de mejores técnicas que propiciarán beneficios en motricidad, marcha y equilibrio, aunado a la mejora de las capacidades cognitivas, se planteó la utilización de técnicas lúdicas de bajo impacto, desde la estrategia de educación para la salud, y la técnica oriental Chi Kung, como una medicina alternativa desde la actividad física.

Se eligieron estas técnicas orientales ya que hay estudios que han mostrado que esta técnica contribuye como factor de protección ante los elementos que podrían afectar a la población adulta mayor, por ejemplo Valero Serrano et al (2010) en su ensayo clínico: *la práctica del Tai Chi previene las caídas en el Anciano Institucionalizado*, muestra que la práctica de esta técnica mejora el aspecto físico y el equilibrio previniendo caídas, reforzando así, procesos de rehabilitación si sucedieran estas.

Justificando la escogencia del tema e importancia del proyecto para esta población, se realizó un árbol de problemas bajo la idea de afectación del deterioro cognitivo a las PAM (ver anexo 1), lo que permitió generar la siguiente pregunta de investigación: Desde

un enfoque de Promoción de la Salud ¿Cómo se puede propiciar un envejecimiento saludable a partir del fortalecimiento de las capacidades cognitivas de las personas adultas mayores que asisten a la Clínica Integrada de Tibás? A partir de esta pregunta, y del árbol de problemas que la articuló, se desarrolló un árbol de objetivos (ver anexo 2) que dio pie a los objetivos generales y específicos que fundamentaron este proyecto, los mismos que se consignan en el apartado I. IV.

1.3 Antecedentes

A continuación, se describe algunos de los principales aportes que han desarrollado distintos autores, tanto a nivel internacional, regional como nacional en materia al objeto de estudio y temas asociados a esta investigación. Estas referencias fortalecieron este proyecto en Promoción de la Salud ya que expusieron aspectos a considerar para el planteamiento y desarrollo de la propuesta, y además aportan las herramientas que se utilizaron posteriormente para el análisis de los datos obtenidos.

Cabe mencionar, que para la obtención de la información se realizó una búsqueda sistemática de referencias bibliográficas que permitieron la profundización del campo de estudio, y con ello el desarrollo de un marco teórico. Para ello, se identificó el campo de estudio y su periodo (preferiblemente referencias con no más de 10 años de antigüedad), se seleccionaron las fuentes de información para posteriormente realizar la búsqueda (qué, cómo, dónde).

Asimismo, se realizó la búsqueda de palabras claves, en este caso la herramienta utilizada fue los Descriptores en Ciencias para la Salud (DeCS), donde se obtuvieron palabras como: Salud, Promoción de la Salud, estimulación cognitiva, capacidades cognitivas, prácticas saludables. Esta búsqueda se realizó en los idiomas: español, inglés e italiano.

Seguidamente, indagaciones en google académico y las bases de datos de la Universidad de Costa Rica, permitieron la obtención de revistas y artículos científicos con contenido referencial para adentrarse en el objeto de estudio. Algunas de estas son: Kínuk, Kérwá, EBSCOhot: AcademicSearch Complete, Scopus, Scielo. Los resultados obtenidos se presentación a continuación a nivel internacional, regional y nacional.

1.3.1 Antecedentes internacionales

El tema del bienestar en la vejez ha sido abordado por varios autores a nivel global, se hace referencia a la Carta de Ottawa de la OMS, en la cual se define el envejecimiento saludable como “un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas” (OMS, 1998).

Aunado a esto, en el tema de Envejecimiento Saludable también existe el *Informe Mundial sobre Envejecimiento y la Salud*, de la OMS (2015), en donde se jalen los aspectos significativos que permitirán justificar esta propuesta y por ende la necesidad de acciones que promuevan prácticas saludables en esta población. Esta hace hincapié sobre los retos de la Salud Pública ante la problemática del crecimiento demográfico y la respuesta de los gobiernos ante esto.

Cabe resaltar, que este informe contextualiza el envejecimiento saludable como ese proceso de fomentar y mantener las capacidades funcionales para propiciar el bienestar en los adultos mayores. Asimismo, se enfatizan cuatros esferas de acción prioritarias: la adaptación de los sistemas de salud para la atención de esta población, la creación de sistemas de cuidados a largo plazo, la creación de entornos amigables y la mejora de la medición, monitoreo y comprensión (OMS, 2015).

Asimismo, en las últimas décadas se ha considerado el tema de la estimulación cognitiva para lograr este tipo de envejecimiento, por ejemplo, Calero y Navarro (2006) en “*Eficiencia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos*

con y sin deterioro cognitivo”, evidencian el efecto positivo que tiene que las personas adultas mayores se sometan a un entrenamiento en el mantenimiento cognitivo ya sean que estén con y sin deterioro en esta área. Este programa se basó en el desarrollo de sesiones enfocadas en dominios como: la atención, la orientación espacial y temporal, y la fluidez verbal; y como resultado de este se visualizaron los efectos positivos que tuvieron los adultos mayores participantes en este programa.

Bajo esta misma línea, Arroyo, Carballo, Portero y Ruiz (2012), en España, detallan los efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo en dos grupos de estudio. Se desarrolló un programa con ejercicios de estimulación cognitiva en función de las capacidades de cada grupo, dinámicas grupales para potenciar las habilidades sociales y mejorar la relación entre los participantes, y por último, sesiones de arteterapia. Los resultados obtenidos son positivos con la implementación del programa, ya que evidencio el fortalecimiento en aspectos cognitivos y emocionales.

A su vez, Martínez, T. (2002), en *“Estimulación cognitiva: Guía y material para la intervención”* proporciona diferentes instrumentos y materiales técnicos para las intervenciones con las personas adultas mayores y con discapacidad. Algunas de estos aportes técnicos a considerar es la frecuencia y duración de las sesiones, esta prevé la necesidad de ejecutarlas en un período entre los 30 a 90 minutos, además la forma de comunicar y motivar a los participantes en aras de obtener los resultados esperados. Con esto, el factor motivacional será vital en todo el proceso, ya que se espera la adhesión de las prácticas saludables por medio de espacios de construcción del conocimiento.

Asimismo, Tárraga, Boada, Morera, Doménech, y Llorente (s.f), en su *“Manual con ejercicios prácticos de Estimulación cognitiva para personas adultas mayor con algún grado de deterioro cognitivo”*, desarrollan su trabajo con diferentes ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para el diagnóstico del Alzheimer. Aunque parte de los criterios de exclusión para esta propuesta, es trabajar con participantes sin ningún deterioro cognitivo; este manual facilita actividades y/o ejercicios que se contemplan para el refuerzo de las habilidades para la vida

Sardinero (2010) proporciona en el artículo "*Estimulación cognitiva en adultos*" insumos a considerar para esta propuesta, ya que el autor facilita conceptos y terapias no farmacológicas para trabajar con las personas, porque este tiene como objetivo "el mejorar la calidad de vida, promover la autonomía, detener el deterioro cognitivo en las enfermedades neurodegenerativas" (p.19). Para lograr lo anterior, señala que los participantes en programas o talleres de estimulación cognitiva se deben enfrentar a tareas que requieren esfuerzo y actividad intelectual.

En cuanto al tema de ejercicio físico, Carbonell, Delgado, y García (2010) mencionan que el ejercicio físico "mantiene y mejora la función musculoesquelética, osteo-articular, cardiocirculatoria, respiratoria, endocrino-metabólica, inmunológica y psico-neurológica" (p.558). Asimismo, proporciona otros beneficios en las funciones orgánicas del organismo.

El ejercicio físico es un excelente factor protector de algunas enfermedades asociadas con la edad, sin embargo, la mayoría de "programas para mayores incluyen tan solo ejercicio aeróbico, excluyéndose otras cualidades importantes relacionadas con la salud como son la fuerza y la coordinación" (Weisser, Preuss y Predel citado por Carbonell et al, 2010, p.559).

Considerando lo expuesto anteriormente, con este proyecto se pondrá en práctica ejercicios de Chi Kung, medicina oriental donde se refuerza la motricidad, la coordinación, el equilibrio y la cognición en las PAM. El Chi Kung como ejercicio físico, permitirá reforzar las áreas de estudio en este trabajo, ya que trae consigo beneficios cognoscitivos, debido a que al realizar actividades físicas se incrementa y conserva la función cognitiva esto según lo indicado por Angevaren et al, (citado por Carbonell et al, 2010).

Para reforzar lo anterior acerca de la medicina oriental del Chi Kung, Carrillo, Gómez y Vicente (2009) expone que las personas que practican regularmente Tai Chi y el Chi Kung experimentarán cambios en dos niveles:

- A corto plazo, ya que se logrará un bienestar debido a que se da una mejora en la respiración, el equilibrio se recupera y algunas patologías como la

hipertensión, las parestesias y la falta de memoria, entre otras, presentaran una mejora de forma notable.

- A largo plazo, estos autores mencionan que los adultos mayores que practican este ejercicio duermen mejor y son más autónomos, ya que experimentan una mayor sensación de estabilidad producto del aumento de la fuerza en sus extremidades.

Asimismo, se debe resaltar que, con una mejora del equilibrio, de la flexibilidad en las articulaciones y de su densidad ósea, se previenen las fracturas generadas por caídas. Además, estas prácticas a nivel mental “son capaces de centrar mucho mejor sus ideas y de recuperar la memoria pérdida ante estímulos nuevos que suponen retos que hacen que las conexiones neuronales se restablezcan” (p. 5).

1.3.2 Antecedentes Regionales

A nivel regional, se han desarrollado varias investigaciones relacionadas al ejercicio físico y los beneficios que tiene esta actividad en los adultos mayores en cuanto a las capacidades funcionales. A continuación, se reseñan algunas de ellas.

Muñoz, Riquelme, Sepúlveda, y Valenzuela (2013), en “*Ejercicio físico y su influencia en los procesos cognitivos*” explican las respuestas agudas¹ y crónicas² que genera la educación física en cuanto al rendimiento cognitivo. Todo ello conlleva a que estas adaptaciones producen mejores respuestas en pruebas sobre las funciones ejecutivas, entiéndase estas como la resolución de problemas, memoria, orientación, atención.

¹ Los efectos agudos “son el aumento del flujo cerebral, lo que permite un stock de nutrientes y oxigenación mayor, y aumento de neurotransmisores lo que posibilita que las conexiones entre neuronas estén más activas” (Muñoz, Riquelme, Sepúlveda, y Valenzuela 2013, p.72) [...]

² lo que respecta a la adaptación crónica, esta se ve reflejada en el “aumento de las estructuras cerebrales por la plasticidad cerebral (plasticidad neuronal, aumento de la vascularización y neurogénesis)” (Muñoz, Riquelme, Sepúlveda, y Valenzuela, 2013, p.72).

Un trabajo en Colombia de Castro, Contreras, y Stella (2012), sobre, el “*Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia*” expone las pérdidas de la función neuromuscular y del rendimiento producto de algunos factores asociados al envejecimiento de las personas. Estas pérdidas sobrellevan a su vez otras implicaciones a nivel de las capacidades funcionales, como por ejemplo en el aspecto cognoscitivo, donde las personas adultas mayores presentan diversos cambios, especialmente en las áreas de memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, resolución de los problemas y comprensión.

Para ello, estos autores realizan una conceptualización teórica sobre las características del envejecimiento y lo articulan con la importancia de realizar actividad física en el adulto mayor, esto por los beneficios individuales y colectivos que tienen. Ellos mencionan que “someter el organismo a un programa de entrenamiento planificado, contribuye a mejorar la capacidad funcional de múltiples sistemas orgánicos” (p.562). Se agrega que la participación en actividades físicas puede retrasar el declive funcional y el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

En Argentina, Bentosela y Mustaca (2005), mencionan algo sobre el declive a nivel de las funciones fisiológicas asociadas con el proceso del envejecimiento, llevando consigo déficits conductuales, cognitivos y emocionales en las personas. Los resultados de varios estudios demuestran que los déficits en los procesos cognitivos se presentan principalmente en los dominios de la memoria y de las funciones ejecutivas, además de una persistencia en las respuestas aprendidas y en situaciones referentes al estrés. Estas autoras concluyen que “las intervenciones conductuales son las más efectivas para atenuar los efectos del envejecimiento e incluyen el mantenimiento y cuidado general de la salud y una dieta adecuada, el ejercicio físico y un entrenamiento específico y continuado de las funciones cognitivas” (Bentosela y Mustaca, p.212).

Castro, Contreras y Landinez (2012) en su publicación titulada *Proceso de Envejecimiento, ejercicio y fisioterapia* ofrecen fundamentación de los principales procesos del envejecimiento, sus cambios físicos-cognitivos y sus consecuencias fisiológicas. En cuanto a los cambios cognitivos, estos autores mencionan que, durante el envejecimiento, unos de los aspectos principales del proceso es la disminución de las funciones cognitivas, siendo la pérdida de memoria reciente el signo característico de los cambios cognitivos.

Para contrarrestar la problemática, estos autores sugieren someter al organismo a entrenamientos para mejorar la capacidad funcional y programas de ejercicio hacia las PAM, y generar un ahorro en los costes sanitarios en atención de padecimientos o caídas.

1.3.3 Antecedentes Nacionales

Como se mencionó en el apartado anterior, Costa Rica ha presentado cambios significativos en torno a la situación demográfica, ya que, al aumentar la esperanza de vida, ha aumentado también el porcentaje de población adulta mayor en el país y a su vez plantea un nuevo panorama epidemiológico. Anteriormente los servicios de salud se enfocaban en una atención biológica de las necesidades de esta población, sin embargo, el cambio demográfico plantea nuevos retos en esta área.

Bajo esta premisa, Morales-Martínez (2015) en su estudio *El envejecimiento en Costa Rica: una perspectiva actual y futura*, plantea que para solventar estas necesidades el país ha implementado una serie de acciones y estrategias, sin embargo, debe primar un enfoque integral en el abordaje geriátrico. Como parte de este enfoque, el autor, concluye que para enfrentar estos retos se debe buscar una atención integral y universal para esta población, ampliar el trabajo y la formación interdisciplinaria, se tienen que implementar programas universales de promoción y prevención de la salud, entre otros.

Relacionado con el tema de envejecimiento saludable, un ejemplo de este en el país es la Zona Azul ubicada en Nicoya, en cuanto a este tema se debe destacar ya que se plantea que estos lugares “destacan por su longevidad y envejecen de manera activa y buena salud” (Mora, 2017, p.3). A pesar de que Mora (2017) expone que a pesar de que no hay estudios especificados que adjudiquen este fenómeno a una causa en particular, si hay factores en común identificados, y que se relacionan a costumbres, actitudes y hábitos.

Considerando todo lo anterior, es que se realiza la presente propuesta, ya que estos estudios exponen la importancia de abordar factores no biológicos para alcanzar un envejecimiento saludable. Esto es una base para sustentar el planteamiento y desarrollo de este proyecto, debido a que el mismo busca solventar algunos de los desafíos que enfrenta

el país respecto al cambio demográfico y sus implicaciones. A su vez, y considerando los desafíos en la población, se reconoce la importancia de trabajar el tema de estimulación cognitiva en las PAM.

Respecto a esto, Jara (2007), en *“la estimulación cognitiva en personas mayores”* menciona la importancia de la psico estimulación cognitiva en personas adultas mayores y la necesidad de hacer uso de intervenciones no farmacológicas en esta población, hace un abordaje sobre las áreas básicas que se debe reforzar en terapias cognitivas.

Una tesis de grado de licenciatura por parte de Mata (2015) *“Inserción profesional de la Psicología en el ambiente gerontológico y la práctica clínica con población adulta mayor en la Asociación Hogar Calos María Ulloa”* proporciona estrategias de intervención para la atención de las necesidades de las personas adultas mayores desde el enfoque de la Psicología del Ciclo Vital y la promoción del envejecimiento satisfactorio.

Desde *“Mejoramiento de la Estimulación Cognitiva de los Adultos Mayores del Centro “Un nuevo Amanecer en el Barrio Corazón de Jesús de Heredia”* de Lizano (2008), se realiza una contextualización sobre lo que conlleva el envejecimiento, la vejez, la estimulación cognitiva; aparte que desarrolla y facilita conclusiones sobre el accionar de las personas adultas mayores al momento de poner en práctica un manual que fomenta las habilidades manuales.

Asimismo, Murillo (2011), en *“Liderazgo del Adulto Mayor en la transformación de la Subcultura de un grupo de Adulto Mayor del Centro Diurno para el Adulto Mayor de Belén por medio de Actividad Física”* aporta otro análisis del impacto en la relación adulto mayor con los estilos de vida saludable por medio de la actividad física. Igualmente, este autor desarrolla un amplio marco conceptual referente al proceso de envejecimiento, tanto a nivel fisiológico como los beneficios del ejercicio físico, importante para las sesiones que se desean ejecutar.

A manera general, todos los antecedentes descritos muestran, tanto a nivel internacional, nacional y regional, como diferentes autores visualizan la importancia de trabajar el tema de envejecimiento saludable y estimulación cognitiva en las PAM para

responder así a la necesidad de abordar este tema desde un tratamiento no farmacológico, y contribuir así positivamente a la salud y la calidad de vida de esta población.

1.4. Objetivos

1.4.1. *Objetivo general*

Fortalecer las capacidades cognitivas orientadas a un envejecimiento saludable desde el enfoque de Promoción de la Salud en un grupo de personas adultas mayores que asisten a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018

1.4.2 *Objetivos específicos*

- Caracterizar a un grupo de personas adultas mayores de la Clínica Integrada de Tibás según las capacidades cognitivas, los factores protectores y de riesgo que tienen en el proceso de envejecimiento que están experimentando.
- Estudiar la percepción acerca del proceso de envejecimiento que experimenta la población adulta mayor del grupo de PAM.
- Promover el reforzamiento de las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables en el envejecimiento mediante el desarrollo de un proceso educativo desde el trabajo en Promoción de la Salud.
- Valorar las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables en el grupo de estudio durante y después del proceso educativo.
- Definir las líneas de acción en promoción de la salud hacia la población adulta mayor a partir de los resultados obtenidos en el proceso educativo implementado.

Capítulo 2. Marco de referencia

Según Ocholla&Roux (citado por Abeau, 2012) un marco teórico se “refiere a la parte de una propuesta de investigación o estudio que pretende describir el problema, la línea de investigación y la metodología para responder a ella” (p.174). Asimismo, este marco corresponderá a la construcción teórica de un enfoque investigativo y que normalmente procede a la revisión de la literatura.

Conforme a lo anterior, a continuación, se conceptualizan los principales aportes a nivel teórico por parte de diferentes autores, que permitirán la comprensión del lenguaje en que se centra la propuesta, misma pretende dar respuesta a la forma en que la estimulación cognitiva (por medio de prácticas saludables, como el ejercicio) influye positivamente en el envejecimiento saludable de la población.

2.1. Definición de Salud

A principios del siglo XX la concepción que se tenía sobre la salud estaba determinada por un corte biologista, lo cual influyó en la forma en la que se buscaba proteger y mejorar la salud, ya que esto se dio, exclusivamente, por medio de la atención de la enfermedad (Ministerio de Salud, 2011).

A partir de los años 40, surgen nuevos enfoques que proponen que las enfermedades estaban condicionadas a una serie de factores; estos pueden ser biológicos, culturales, socioeconómicos y ambientales; y esto da pie al desarrollo de medidas preventivas y no solo curativas para mantener la salud de la población (Ministerio de Salud, 2011). Asimismo, la salud empieza a entenderse más allá de lo fisiológico y se empieza a incluir la parte mental, social y espiritual.

Por ende, la salud es uno de los conceptos que mayor variedad de definiciones ha obtenido a lo largo de la historia, aunado a que dependiendo de la disciplina que la haya abordado para su estudio, o que haya sometido a una interpretación desde su propia perspectiva. Según como menciona Lydia Feito (1996), la salud:

“es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)” (p.15).

Desde una perspectiva acorde a lo que se espera desarrollar en este proyecto, se puede comprender la salud como un proceso de desarrollo personal y social, ya que este “plantea la necesidad de promover más la elección de entornos para vivir mejor o la elección de cambios para adaptar los entornos y hacer fáciles las prácticas y estilos de vida saludables, más que a la elección de conductas” (Costa y López, citado por Gavidia y Tavera, 2012, p.171).

2.2. Definición de Promoción de la Salud

A partir de los años setenta se inicia una transformación en la Salud Pública, la cual se había centrado en la prevención y desarrollo de estrategias en el plano individual, para pasar a una visión crítica de los modelos médicos imperantes. A partir de este contexto, es que la Promoción de la Salud se convierte en una estrategia institucionalizada que habilita a los sujetos en el mejoramiento o control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, la mutua ayuda, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y la creación de ambientes favorables para la salud; lo que la propicia como un proceso capaz de potenciar el desarrollo humano.

Según la Organización Mundial de la Salud (1998) se define la promoción de la salud como:

“un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y

económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (p.10).

A su vez, esta misma organización define este enfoque como el proceso en donde se aboga a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. Los determinantes que hace mención este órgano internacional son los relacionados a los estilos de vida, y factores sociales, económicos, políticos, ambientales y de conducta.

A su vez, Sanabria (2007), define Promoción de la Salud “como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos” (p.1), misma que involucra a los diferentes actores sociales (organizaciones sociales, personas, gobiernos, entre otros) para la construcción de la salud de las comunidades. Es un concepto que trasciende periódicamente debido a los cambios a nivel mundial, por lo tanto, se puede decir que es dinámica, trascendental y se construye a partir del contexto en la cual se desarrolla.

Desde esta misma línea conceptual, Winslow (1997) menciona que la Promoción de la Salud es un esfuerzo de la comunidad organizada para lograr políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y los programas educativos para que el individuo mejore su salud personal. Con base a lo expuesto por este autor, se puede hacer notar con este enfoque de salud, que se trabaja a partir del accionar del colectivo para crear entornos que propicien el empoderamiento³ de los individuos.

No obstante, Nutbeam para la OMS (1986), visualiza la Promoción de la Salud como un proceso que propicia la vinculación de las personas con sus entornos, con el objetivo de crear un futuro saludable, que combine la elección personal con la responsabilidad social. Por todo esto, por medio de las diferentes herramientas en Promoción de la Salud, se propiciará que las PAM vinculen el desarrollo de ciertas

³ Es la capacidad de toma de decisiones de las personas. Arroyo y Cerqueira (1997) hacen mención a este término ya que lo encuentran muy unido y relacionado con la Promoción de la Salud, considerando esta como un fin, el de “mejorar la salud individual y colectiva, y contribuir al logro de la equidad y justicia social” (p.1).

actividades y prácticas a su cotidianidad y que estos sean agentes multiplicadores de conocimientos en sus entornos individuales y colectivos.

Restrepo & Málaga (2001) en su libro *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*, facilita un compendio de conceptos muy significativos sobre Promoción de la Salud. Tal construcción a lo largo del siglo pasado, ha permitido debates y posicionamientos ideológicos acerca del accionar de la Promoción de la Salud en la sociedad, que ha llegado a nutrir el trabajo del profesional en esta área, logrando así la apropiación de conceptos, estrategias y métodos que permitan mejores gestiones en este campo de la Salud Pública.

De acuerdo, a lo anterior, estos autores brindan un concepto que, para efectos de esta investigación, logra recopilar en gran medida lo que este enfoque busca desarrollar en el proyecto con los integrantes del grupo que se conformará en la Clínica de Tibás. Esto debido a que esta “se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite, conseguir que las comunidades e individuos actúen más “salutogénicamente” alcanzando mayor bienestar con equidad social” (p.32).

2.2.1. Conferencias y documentos de Promoción de la Salud

Cabe resaltar que la Promoción de la Salud, a nivel conceptual y desde su aplicación en el campo, se ha enriquecido y regido/conducido por una serie de cartas, declaraciones, conferencias y foros que se han realizado a través de los años con el fin de esclarecer ciertos aspectos y proponer líneas de acción. Para efectos de este trabajo se han contemplado las expuestas en la Figura 2, debido a su relación directa e indirecta con los temas a abordar, así como con el desarrollo del potencial humano para el control de determinantes, así como la adopción de prácticas saludables.

Ilustración 2. Cartas y declaraciones en Promoción de la Salud

1986

Carta de Ottawa para la promoción de la salud: Es la primera conferencia internacional de Promoción de la Salud, la misma plantea la necesidad de este enfoque, así como su definición y requisitos para la salud, acciones necesarias y estrategias. Las principales acciones de promoción de la salud que se visualizan en esta carta son: creación de entornos de apoyo y desarrollo de habilidades personales.

1988

Conferencia de Adelaida-Australia: Se enfocó en el tema de las políticas públicas saludables, y a partir de ello plantea que la política pública es aquella que “se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable” (OMS, citado por Restrepo y Malága, 2002, p.27).

1991

Conferencia de Sundsväl-Suecia: Su eje fue el tema de los ambientes favorables para el desarrollo adecuado de la salud, por lo cual se destacó la relación recíproca existente entre salud y ambiente.

1992

Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bogotá: En esta conferencia se hace referencia a la necesidad de buscar cómo reducir las diferencias innecesarias, evitables e injustas que afectan las oportunidades para alcanzar el derecho de bienestar, contribuyendo así al logro de la equidad.

1993

Carta del Caribe para la Promoción de la Salud: Se refuerza las estrategias a desarrollar para la comprensión, planificación y ejecución de la promoción de la salud. Las cuales para efecto de este trabajo se rescatan las siguientes: potenciación de las comunidades para lograr el bienestar, fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud.

1997

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI: En esta declaración se vuelve a rescatar la importancia y los beneficios de la aplicación de la promoción de la salud, aunado a eso se vuelve a enfatizar en lo indispensable de las estrategias de la Carta de Ottawa. Asimismo, se plantean las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI, como por ejemplo: ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, crear mayor conciencia sobre los determinantes de la salud, acumular conocimientos sobre prácticas saludables, permitir el aprendizaje compartido... se resaltan estas debido a su relación con este proyecto.

2000

V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México: Se centra en la necesidad de buscar la mayor equidad posible.

2002

Foro de Promoción de la Salud en las Américas: empoderando y formulando alianzas para la salud: Propone como una línea de acción “implementar planes de acción nacional con metas y objetivos sanitarios para promover y proteger la salud de la población, especialmente de los grupos más vulnerables, de acuerdo a las necesidades y prioridades de cada país” (OPS:1).

2009

7th Global Conference on Health Promotion Nairobi, Kenya: Como parte de los mensajes claves de la misma son: ampliar/realzar los procesos participativos, así como construir y aplicar el conocimiento, y empoderar comunidades e individuos.

2010

Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: como el nombre de la declaración la señala, se enfatiza sobre la promoción de la salud en todas las políticas.

Fuente: elaboración propia a partir de OMS, 2001; OMS; OMS, 2009; y OPS.

Como se puede apreciar en las conferencias y documentos existe una necesidad latente de promover la salud de la población, de grupos prioritarios, por medio de herramientas como la participación, facilitación de información, y el empoderamiento, entre otros; lo cual es lo que se busca con la formulación y ejecución del presente proyecto.

2.2.2. Líneas de acción para Promoción de la Salud

Para cumplir con las diferentes prioridades o áreas de atención planteadas en las diferentes conferencias y/o cartas celebradas en torno a la Promoción de la Salud se han propuesto una serie de líneas de acción a seguir. Por ende, para efectos de este trabajo se retoman algunas de estas, las cuales se detallan a continuación.

2.2.2.1. Elaboración y desarrollo de políticas públicas saludables

Las políticas públicas sociales son aquellas que garantizan “una acción estatal integral y articulada para enfrentar los problemas sociales de una determinada población, privilegiando la equidad sobre intereses particulares excluyentes” (Foro Nacional por Colombia citado por Restrepo y Málaga, 2002, p.36). Por otra parte, hay que diferenciar este tipo de políticas ante las políticas públicas saludables, las cuales son:

Aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud; usualmente se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud, que tradicionalmente formula las políticas específicas relacionadas con la organización de la atención de la salud para la población, o sistema de servicios, así como las orientaciones para el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades (Restrepo y Málaga, 2002, p.37).

En esta línea de acción se debe contemplar que todos los sectores sean conscientes de los efectos que las políticas y que sus acciones tendrán en la salud de la población (Sarría-Santamera y Villar-Álvarez, 2014). A su vez, la OPS (2000) plantea que las

políticas públicas saludables son una responsabilidad que contribuye a mejorar la salud de la población.

2.2.2.2. Creación de entornos saludables

El desarrollo de esta línea de acción implica trabajar en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, entre otros, con la finalidad de hacerlos más sanos y amigables, contribuyendo así a proteger la salud y aumentar la calidad de vida (Restrepo y Málaga, 2002). Por este motivo se consideran microambientes como: viviendas, edificios, lugares de trabajo, escuelas, universidades, medios de transporte, entre otros (Restrepo y Málaga, 2002).

Esta línea de acción se relaciona estrechamente con los estilos de vida y comportamientos saludables, ya que lo primero influye en lo segundo, y por ende en la salud y la calidad de vida. Es importante señalar, que para el desarrollo de ambientes favorables se debe promover la participación de la población, debido a que son quienes se ven afectadas por las necesidades que se buscan satisfacer (Restrepo y Málaga, 2002).

La finalidad de esta línea de acción es “proporcionar los apoyos físicos, sociales, económicos, culturales y espirituales que las personas necesitan para tener salud” (Sarría-Santamera y Villar-Álvarez, 2014, p. 55).

2.2.2.3. Reforzar la acción comunitaria

El eje de esta línea de acción es la participación social y para desarrollarla se deben contemplar los siguientes elementos: 1) el tiempo; 2) no debe de concebirse solo para fines de salud, ya que es parte del capital social de una comunidad; 3) respetar la historia, la cultura y las prioridades de la población meta; 4) no manipular, ni distorsionar los procesos; y 5) informar a la población sobre lo que se desarrollará (Restrepo y Málaga, 2002).

Una de las finalidades de esta línea de acción es que las personas se apropien de herramientas que permitan mejorar su salud, esto debido a que se desarrolló por medio de

un “proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de la vida en comunidad, y justicia social” (Wallerstein, mencionado por Restrepo y Málaga, 2002, p.39).

Lo que se busca con esta línea de acción es “ayudar a las comunidades a encontrar vías para decidir qué necesitan para estar sanas y como alcanzar sus objetivos” (Sarría-Santamera y Villar-Álvarez, 2014, p. 55).

2.2.2.4. Desarrollar habilidades y actitudes personales

El desarrollar habilidades personales, se refiere a “facilitar que las personas adquieran los conocimientos y habilidades que necesitan para hacer frente a los retos de la sociedad y a contribuir a la sociedad” (Sarría-Santamera y Villar-Álvarez, 2014, p. 55) Por ende se relaciona con los estilos de vida y los hábitos que las personas adopten y es una de las finalidades de este proyecto.

2.2.2.5. Reorientar los servicios de salud

Con la finalidad de responder adecuadamente a las necesidades de la población, los servicios sanitarios deberán analizarse y reorientarse (cuando sea necesario) para responder a estas insuficiencias de una manera eficaz y eficiente (Sarría-Santamera y Villar-Álvarez, 2014, p. 55).

Como parte de esta reorientación se deben establecer actividades de educación sanitaria que contribuyan a que las personas se sensibilicen –al motivarse y apropiarse de ciertas herramientas- y modifiquen sus conductas (Restrepo y Málaga, 2002). Asimismo, un factor clave en la reorientación de los servicios es la capacitación del personal en lo referente a la promoción de la salud (Restrepo y Málaga, 2002).

2.2.3. Estrategias desde Promoción de la Salud

Al igual que las líneas de acción desde la Promoción de la Salud, en las diferentes conferencias se han establecido varias estrategias clave para el desarrollo y cumplimiento de las metas y prioridades propuestas desde este enfoque, y las mismas se presentan a continuación.

2.2.3.1. Participación social

Es una estrategia utilizada en el enfoque de Promoción de la Salud que es entendida como:

Un proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior a la presente (Ministerio de Salud, citado por Ministerio de Salud, 2011, p.13-14).

Este tipo de participación no se limita solo a la participación comunitaria, entendida por Castillo-Martínez Et al como medio por el cual “los individuos asumen la responsabilidad de contribuir con su propio desarrollo y bienestar y con el de su comunidad” (citado en Ministerio de Salud, 2011, p. 14), sino que también motiva a que se involucren instancias, tanto públicas como privadas, que se relacionan o que afectan directa o indirectamente la salud de la población (Ministerio de Salud, 2011)

Las principales finalidades para promover la participación social son: promocionar y consolidar una red de organizaciones e instituciones comunitarias que sea el sostén o que sirva de apoyo; así como, orientar los servicios de salud o desarrollar acciones dirigidas a satisfacer las necesidades de la población (Sánchez-Monge, 2002). A su vez, promover la participación social en las acciones que se implementen brinda una serie de beneficios, tales como: mejora la calidad de la intervención, moviliza recursos por medio de redes sociales, colabora con el desarrollo de los programas a realizar, entre otros (Sánchez-Monge, 2002).

2.2.3.2. Intersectorialidad

La acción intersectorial es la “participación de los distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar bienestar y calidad” (Sánchez-Monge, 2002, p.14). Algunos de los sectores involucrados o que deben de involucrarse en las acciones de promoción de la salud son: Los gobiernos, el sector salud, sectores sociales, sectores económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria, los medios de comunicación y la población meta (Sánchez-Monge, 2002).

La finalidad de esta estrategia es la “definición de políticas que tengan como centro el desarrollo humano integral, por lo que para lograrlo no solo sea necesario la convergencia de estructuras, sino que también se considere la interdisciplinariedad” (Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, 2014). La implementación de esta estrategia facilita la coordinación entre los diferentes sectores, lo cual puede contribuir a aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos y una mejor toma de decisiones (Sánchez-Monge, 2002)

2.2.3.3. Abogacía por la salud

La abogacía por la salud es la

Combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y respaldo de los sistemas socio-económico, culturales, ambientales, biológicos y de servicios de salud para un determinado objetivo que contribuya a incrementar el nivel de salud de la población (OMS, 1995, citado por Ministerio de Salud, 2011, p.14).

Tal motivo se considera esta estrategia como una responsabilidad de los/las profesionales en salud (Ministerio de Salud, 2011). A su vez el Ministerio de Salud de Perú plantea que

La abogacía es una estrategia que combina acciones individuales y sociales destinadas, por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias; y, por otro lado, a conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud (p. 30).

2.2.3.4. Mercadotecnia social en salud

La mercadotecnia social en salud hace alusión al

Proceso sistemático que facilita la adopción del valor de la salud como práctica social por parte de la población en general y de los actores sociales en particular, para impulsar cambios en la sociedad orientados a favorecer los factores salutogénicos, es decir, los que producen salud (Caldwell citado por Ministerio de Salud, 2011, p.14)

Para desarrollar esta estrategia se debe buscar el desarrollo de comunicación social, educación, sensibilización y formación en salud, entendiendo esta última como un “proceso para influir el comportamiento de las personas y de las organizaciones, y producir cambios en conocimientos, actitudes y destrezas necesarios para proteger o mejorar la salud” (American Academy of FamilyPhysicians, citado por Ministerio de Salud, 2011, p.14).

2.2.3.5. Comunicación en salud

La comunicación en salud se entiende como “un proceso social, de interacción y difusión, y un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública” [...]Por lo que esta estrategia se utiliza para difundir información, sobre “modificación o reforzamientos de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la salud” (Ministerio de Salud de Perú, p.31)

2.2.3.6. Educación para la salud

Redondo-Escalante (2004) plantea que lo que se busca al utilizar esta herramienta es: informar sobre la salud y la enfermedad, motivar a la población para que cambien sus prácticas y hábitos, contribuir en la adquisición de conocimientos y en la capacidad para mantener estos hábitos, propiciar cambios en el medio ambiente. Asimismo, esta estrategia se puede utilizar en tres niveles, los cuales se presentan en el cuadro 1.

Tabla 1. Niveles de la educación para la salud

Nivel de educación para la salud	Descripción
Educación masiva	<p>Se utiliza cuando se busca cambiar conductas o actitudes arraigadas en la población. Su objetivo es “poner en práctica formas de educación dirigidas a fomentar la salud pública de un área, región o país”(Redondo-Escalante, 2004, p.13). Algunos de los recursos que se pueden utilizar son: folletos, carteles, murales, uso de medios de comunicación masiva como la prensa, la radio, la televisión e internet. Sin embargo cabe resaltar que se deben de utilizar varios recursos y no limitarse a uno exclusivamente, de forma que contribuya a concientizar a las personas sobre las conductas o actitudes que se buscan cambiar.</p>
Educación grupal	<p>Se refiere a aquellas intervenciones que tienen como población objetivo grupos homogéneos de personas. La finalidad de este tipo de educación es “informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes de un determinado grupo poblacional con relación con su salud” (Redondo-Escalante, 2004, p.14). Se puede desarrollar a través de actividades como: talleres, charlas, cursos, entre otras⁴.</p>
Educación individual	<p>Son aquellas intervenciones que se dirigen a las personas de manera individual con la intención de abordar un problema de salud. Su objetivo es “informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes en los individuos con relación a su salud”(Redondo-Escalante, 2004, p.15). Entre las actividades por las cuales se puede efectuar, se destacan: conversaciones y consejo profesional, con apoyo audiovisual.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de Redondo-Escalante, 2004.

⁴ Este tipo de educación es la que se buscará desarrollar con este proyecto.

Para planificar programas educativos se deben seguir las siguientes etapas: identificación de necesidades de salud, elaboración de objetivos generales y específicos, definición del contenido de las actividades, definir estrategias metodológicas, establecer los recursos materiales y humanos necesarios y determinar la evaluación a desarrollar (Redondo y Escalante, 2004).

Por todo lo anterior, la educación para la salud puede utilizar como herramienta la educación no formal, debido a que esta “planifica, implementa y evalúa en diferentes campos socioeconómicas, deportivos y culturales acciones socioeducativas “ [...], y plantea como principal eje las necesidades de “formación, capacitación, actualización, uso tiempo libre, aprovechamiento de los recursos y avances científico-tecnológicos “(Luján y Ferrer, 2012, p.102).

También cabe resaltar que Luján y Ferrer (2010) plantean el uso de este tipo de educación con las organizaciones no gubernamentales, sin embargo cabe resaltar que mencionan que este trabajo se enfoca a temáticas relacionadas con el ambiente, la cultura y el desarrollo. Asimismo, este tipo de educación contempla la evaluación de los procesos, con la intención de medir el grado de alcance de los objetivos de los programas socioeducativos, así como el planteamiento de posibles líneas de mejora o acción.

2.3. Envejecimiento

Según Arriola e Inza (citado en Jara, 2007), “el envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos, los tejidos van degenerándose, “... hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos” (p.28). Estos procesos no ocurren solamente por funciones biológicas, sino también, se asocia a las condiciones que rodea a la persona, por ejemplo, factores, de tipo ambiental, social y familiar.

EN esta misma línea, Garamendi, Delgado, &Amaya (2010), abordan el término envejecimiento como un proceso y no un estado. Lo catalogan como universal y estrechamente vinculado a todos los seres vivos, asociado per sé a la disminución de las funciones fisiológicas y mentales. Por otra parte, Cabras (2012) abarca el envejecimiento

como un proceso mediado de manera multidimensional en el cual existen funciones que reducen, así como otras en donde se mantiene y desarrollan capacidades.

Asimismo, Vázquez-Amézquita (2016) mencionan que por sí solo el envejecimiento está vinculado a cambios neurobiológicos y psicológicos asociados a una disminución cognitiva. Otros autores, como Waster, King, Resnick&Rapp (2012), vinculan el descenso de las capacidades cognitivas a cambios presentes en funciones cognitivas como: la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas (p.739). Además, Roselli&Ardilla (2010) mencionan que los cambios cognitivos en las personas adultas mayores están relacionados propiamente con la disminución de la eficiencia y rapidez del procesamiento de la información.

Cabe resaltar que el envejecimiento, como se evidencia en las definiciones brindadas por los diferentes autores mencionadas, es un proceso que conlleva una serie de cambios a nivel físico, psicológico, emocional, entre otros; y a partir de ello se hace la aclaración que para este proyecto se trabajará con personas adultas mayores, y que en Costa Rica estas son aquellas personas de sesenta y cinco años o más, según lo establecido en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Ley No. 7935; sin embargo para la OMS son las personas mayores de 60 años.

Además, una persona adulta mayor, es una persona que ha experimentado una serie de cambios por el envejecimiento durante todo el proceso de vida, desde su nacimiento hasta su presente; a su vez es alguien único/a y diferente, que posee cierta sabiduría producto de los años y experiencias vividas en diferentes momentos históricos y contextos sociales (Lau, 1999, p.19).

2.3.1. Determinantes del proceso de envejecimiento

Uno de los principios de la promoción de la salud es incrementar el control de los determinantes de la salud, esto se plantea por medio de la participación, una amplia visión de los determinantes de la salud, el énfasis en reducir las desigualdades e injusticias sociales, colaboración intersectorial y por ende mejorar la salud (SarríaSantamera y Villar-Álvarez, 2014).

Debido a la importancia del tema de los determinantes de la salud, la OMS crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que los define como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, 2014, p. 15).

Relacionado al tema del envejecimiento, existen una variedad de terminantes que influyen (tanto positiva como negativamente) en este proceso, y los mismos se exponen en la figura 3.

Ilustración 3. Determinantes del proceso de envejecimiento

Genética y sexo	Prácticas saludables o no saludables asociados a alimentación, actividad física, descanso, recreación, ocio...	Implicaciones psicológicas de la pérdida de autonomía
Cambios funcionales de los órganos	Uso de medicamentos	Aspectos psicológicos - afectivos
Daños moleculares y celulares	Autocuidado	Pérdidas significativas (por capacidad física o por familiares, o de roles)
Deterioro de las capacidades físicas y mentales	Experiencias adquiridas	Disminución o aumento de autonomía (capacidad de tomar sus propias decisiones)
Deficiencia en las funciones sensoriales (pérdida de audición, visión, movilidad...)		Potencial de crecimiento personal
Deterioro de funciones cognitivas (problemas de memoria, atención, aprendizaje...)		
Aparición de enfermedades crónicas, y no transmisibles		
Disminución de la masa muscular		
Factores biológicos	Factores conductuales	Factores psicológicos

Personal

Determinantes durante el proceso de envejecimiento

Del entorno

Factores sociales	Factores políticos	Factores ambientales	Servicios de salud
Rol desempeñado en la sociedad y en la familia	Políticas que afectan directa e indirectamente a las personas en las diferentes etapas de la vida	Características físicas del entorno naturales y construidos	Promoción de la salud
Posición socioeconómica	Políticas que buscan la protección de grupos vulnerables	Estado de la vivienda, instalaciones sociales...	Prevención de la enfermedad
Pérdida de relaciones estrechas	Políticas de salud	Accesibilidad a transporte	Atención de la enfermedad
Estereotipos y roles		Dispositivos de asistencia	
Recursos de la sociedad			
Relación e interacción con pares y personas a su alrededor			

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS, 2015

El conocimiento de la influencia de estos factores en la vida personal, familiar y comunitaria de la persona adulta mayor, resulta fundamental para articular políticas y programas efectivos bien modulados en materia de envejecimiento activo y saludable. El conocer implica favorecer las mediciones para mejorar temas como la salud y la participación social.

A su vez, para responder a las necesidades de la población (ya que es la etapa en la que se acumulan todos los cambios), según la OMS (2015) se debe de considerar lo siguiente:

- Tener en cuenta las diferencias de la población, y buscar estrategias que respondan a las mismas,
- Enfocarse en las inequidades que se presentan en esta heterogeneidad,
- Evitar los estereotipos o las discriminaciones que se relacionan con el envejecimiento,
- Motivar y empoderar a la población adulta mayor a enfrentar los desafíos que les afectan,
- Considerar los entornos en los que viven y se desenvuelven las PAM,
- Enfatizar en una perspectiva de salud integral, que tome en cuenta las necesidades de promoción de la salud, y prevención y atención de la enfermedad que tiene la población adulta mayor.

Se debe considerar que estos factores son clave contemplarlos debido a que algunos son modificables y controlables, lo cual contribuye a la mejora en la salud, y por ende en la calidad de vida; por ello para efectos de este trabajo se consideran algunos de estos determinantes.

2.3.2. Envejecimiento saludable

Como se ha mencionado, el envejecimiento es un proceso que transcurre a lo largo de la vida, y que al pasar de los años se traduce en una serie de cambios en las personas, por lo cual en este trabajo se enfatiza en la importancia de tener las herramientas para vivirlo de

la mejor forma posible. A partir de ello la OMS (2015) plantea un envejecimiento saludable, el cual lo define como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p. 28).

Se puede apreciar que el eje de este envejecimiento saludable es la capacidad funcional, la cual se define como aquella que “comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella” (OMS, 2015: 29). A su vez, esto engloba varios factores, como por ejemplo: las características del ambiente que las rodean y su interacción con las mismas. Por esto último es que el concepto de resiliencia⁵ se convierte en un factor clave para un mayor bienestar.

Por ello la OMS (2015) plantea que promover la capacidad funcional es la clave para conseguir un envejecimiento saludable. Y para ello hay que enfocarse en dos objetivos “fomentar y mantener la capacidad intrínseca⁶ o facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida hagan las cosas que son importantes para ella” (OMS, 2015: 35).

A su vez, un aspecto clave es el papel que juegan los diversos factores que afectan las capacidades mencionadas para potenciar o disminuir la salud de las personas, por lo cual en este proyecto se consideran factores de protección y de riesgo de la población adulta mayor. Y considerando la importancia de estos, a continuación se definen los mismos.

Los factores de riesgo son entendidos como aquellos “elementos con gran posibilidad de provocar o asociarse al desencadenamiento de un determinado suceso indeseable, o mayor posibilidad de enfermar o morir” (Eisenstein, citado por Barrantes Solano, Marín Valenciano, Murrillo Vindas, 1998, p.35). Cabe señalar que estos factores no se quedan solo en la esfera neurofisiológica, si no que trasciende a lo cognitivo y afectivo;

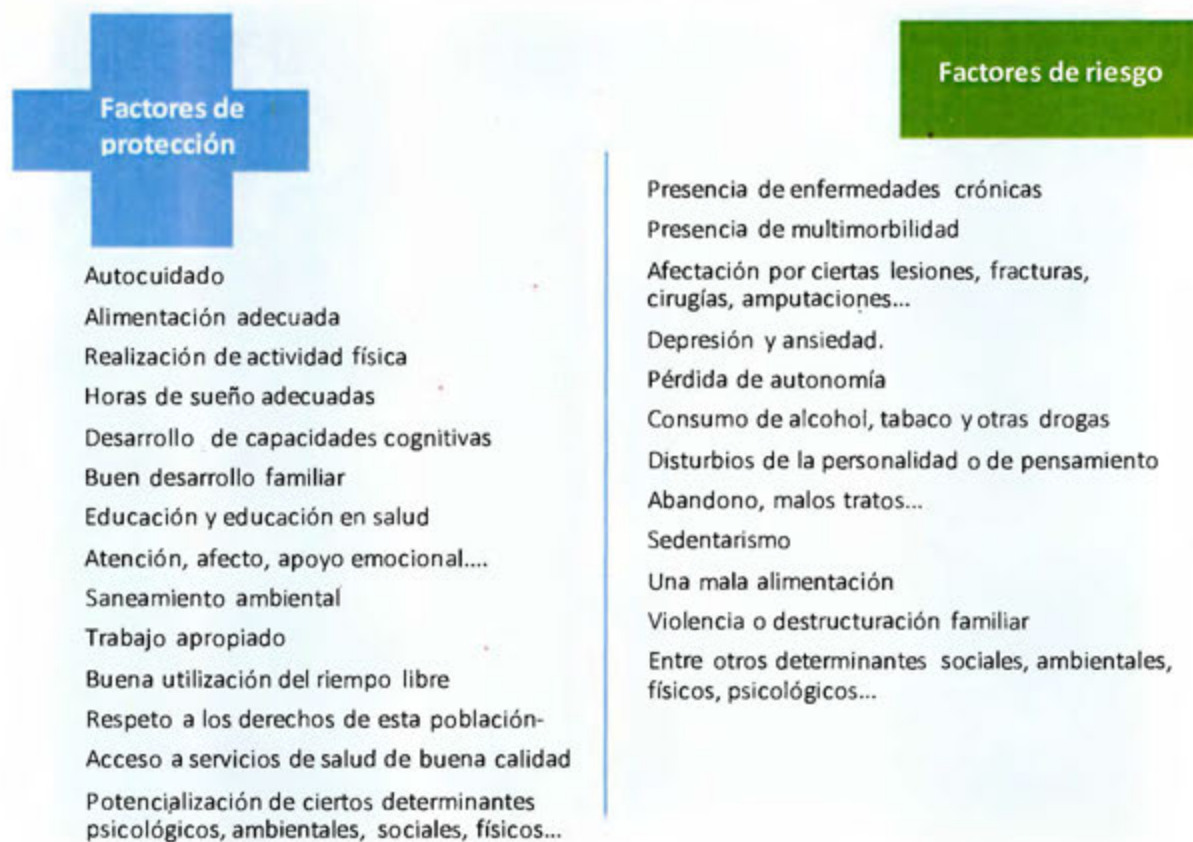
⁵ La resiliencia es aquella “capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad (ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación)” (OMS, 2015: 32)

⁶ La capacidad intrínseca es “la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuentan una persona (OMS, 2015: 30).

por ende no solo se deben de contemplar factores biológicos no modificables o modificables, sino que también hay que considerar elementos conductuales y socioambientales (Aveleyra, y García Jiménez, 2015)

Por otra parte, se consideran los factores protectores, los cuales son todos “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación” (Eisenstein, citado por Barrantes Solano, Marín Valenciano, MurrilloVindas, 1998, p.36). En la figura 4 se exponen algunos de los factores de protección y de riesgo que pueden afectar a las personas adultas mayores.

Ilustración 4. Factores de protección y de riesgo para las personas adultas mayores



Fuente: Elaboración propia a partir de OMS, (2015) y Barrantes Solano, Marín Valenciano, Murillo Vindas, (1998).

2.4. Estimulación Cognitiva

El término estimulación cognitiva hace referencia a las actividades que se direccionan a fortalecer el rendimiento cognitivo general de las personas o alguno de sus procesos y/o componentes (memoria, lenguaje, orientación, entre otros) (Muñoz, 2009, p. 13). A su vez, la estimulación cognoscitiva es un proceso de intervención de tipo no farmacológica, que tiene por objetivo “proporcionar herramientas para trabajar con las personas que sufren algún tipo de deterioro cognitivo y de esta manera, mantener y en lo posible retrasar el deterioro y pérdida de sus capacidades cognoscitivas” (Rodríguez y Basto, 2012, p. 131).

Según Rodríguez y Basto (2012), el progreso en la edad de las personas va deteriorando las capacidades cognitivas de las mismas, generando una condición de vulnerabilidad frente a múltiples patologías adquiridas y/o degenerativas en la persona adulta mayor. Dichas vulnerabilidades pueden ser déficits en procesos de comunicación tales como incapacidades para comunicarse escrita y verbalmente; por lo tanto, la estimulación cognitiva debe ir de la mano con habilidades comunicativas que permitan promover actos de pensamiento, reconociendo que el lenguaje y el pensamiento son habilidades recíprocas.

Es por ello que para promover un envejecimiento saludable se deben brindar las herramientas necesarias para fortalecer procesos de adaptación y asimilación a través de los diferentes ciclos de la vida, con el fin de mantener un funcionamiento físico y psicológico óptimo que permitan una adecuada inmersión social según la etapa vital en la que se encuentre el individuo (Castro y Salazar, 2014). Por lo tanto, la estimulación cognitiva se debe abordar desde el fortalecimiento de capacidades cognitivas, que permitan una mayor adaptabilidad de las personas adultas mayores a su entorno.

Las capacidades cognitivas son aquellas “...destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea, además son las trabajadoras de la mente y facilitadoras del conocimiento al ser las responsables de adquirirlo y recuperarlo para utilizarlo

posteriormente” (Reed, 2007; citado por Ramos, 2010). Asimismo, las capacidades cognitivas en un individuo son el resultado del funcionamiento de diferentes áreas intelectuales tales como: el pensamiento, la percepción, la memoria, la comunicación, el cálculo, entre otros (Chávez, Gálvez, Méndez y Varela, 2004).

Para desarrollar una capacidad cognitiva se deben ejecutar tres momentos: reconocer la capacidad cognitiva; adquirir la capacidad cognitiva y desarrollarla con la puesta en práctica de la misma; y finalmente interiorizar la capacidad cognitiva a los estilos de vida de la persona (Ramos, 2010). Por su parte, las capacidades cognitivas se pueden clasificar en dos tipos, que según Ramos (2010) son las capacidades cognitivas básicas y las capacidades cognitivas superiores, siendo las básicas consideradas como centrales ya que ayudan al desarrollo de las capacidades cognitivas superiores.

Para efectos del presente proyecto se abordarán las siguientes capacidades cognitivas: memoria, lenguaje, atención/concentración, función ejecutiva, orientación y capacidad visoespacial. Se toman estas, respondiendo a la consulta con los expertos, un test cognitivo, su relación con ciertas prácticas saludables y la medicina china del Chi Kung.

Se entiende por memoria a la capacidad de retener ideas y/o conocimientos anteriormente adquiridos, la cual a su vez está compuesta por diferentes sistemas o subsistemas, involucrando diversos procesos que con el pasar de los años se van deteriorando (Jara, 2007). Acosta et al (2012) hacen referencia a la memoria como “la capacidad del sistema nervioso central para procesar, codificar, almacenar y poder evocar información en un tiempo ulterior” (p.14).

Además, González y Muñoz (2008) definen la memoria como un proceso psicológico que nos permite aprender. Se distingue por poseer 3 etapas: La primera es el proceso de la información (Transformación de la estimulación sensorial en diferentes códigos), en la segunda, se almacena o consolida los resultados de la elaboración de la información. Finalmente, esta la fase de recuperación, necesaria para el acceso a la información guardada.

Por su parte, el lenguaje es aquel tipo de comunicación que el individuo realiza de forma espontánea en diferentes situaciones de la cotidianidad, lo cual permite el reconocimiento de objetos, personas, contextos y/o situaciones. A su vez, el lenguaje comprende la expresión tanto oral como escrita del mismo, mediante procesos de comprensión, lectura, expresión y repetición (Jara, 2007).

Se caracteriza por “lograr representaciones mentales, ya sean concretas o abstractas, mediante signos específicos, y se construyen en nuestro cerebro bajo una compleja actividad córtico-subcortical gobernada en gran medida por las capacidades ejecutivas” (Acosta et al, 2012, p.17).

La atención/concentración es aquella capacidad para prestar atención ante diversas situaciones, permitiendo al individuo elaborar respuestas pensadas y apropiadas según la circunstancia en la que se encuentre (Jara, 2007).

Ríos y Perriñez (2008) definen la atención como:

“La habilidad mental de generar y mantener un estado de activación tal que permita un adecuado proceso de la información. La atención permite la selección de información específica entre múltiples fuentes disponibles. Ello incluye estimulación interna y externa, memorias, pensamientos e incluso acciones motoras” (p.282)

Cakderón (2012), define la función ejecutiva como un conjunto de procesos encargados de la generación, monitorización y control de la acción y el pensamiento. Aunado a ello, dichos procesos incluyen aspectos asociados a la planificación y ejecución de comportamientos complejos, procesos de memoria de trabajo y control inhibitorio. Shallice (1988), las define como los procesos en donde se asocian ideas, movimientos y acciones simples para orientar soluciones en situaciones complejas.

Por su parte, Rosselli (2008) expone que las funciones ejecutivas “...incluyen un grupo de habilidades cognoscitivas cuyo objetivo principal es facilitar la adaptación del

individuo a situaciones nuevas y complejas yendo más allá de conductas habituales y automáticas” (p.24). Por lo tanto, las funciones ejecutivas contienen una variedad de destrezas tales como el establecimiento de metas, el desarrollo de planes a corto y largo plazo, la fluidez verbal, entre otros; capacidades que se van desarrollando con el pasar de los años. Es preciso agregar que la función ejecutiva también puede ser entendida como:

“los procesos mentales que se llevan a cabo para la resolución de problemas internos y externos, siendo los problemas internos el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos y motivacionales nuevos y repetidos, y los problemas externos, como el resultado de la relación entre el individuo y su entorno. La meta de las funciones ejecutivas es solucionar estos problemas de una manera eficaz y aceptable para la persona y la sociedad” (Calderón, Congote, Richard, Sierra y Vélez, 2012, p. 79).

Ahora bien, cuando se habla de capacidades cognitivas, es necesario incluir la orientación como aspecto fundamental de este tema, puesto que como explica García (2009) “la orientación es la capacidad que permite tener presentes y saber utilizar los datos básicos de la realidad en la que se vive”. Según García (2009), la orientación cognitiva se puede subdividir en tres categorías, las cuales se muestran a continuación:

- Orientación temporal: definida como la capacidad para localizar mentalmente hechos o situaciones en distintos momentos. Permite, por lo tanto, la ubicación en el tiempo.
- Orientación espacial: capacidad que permite al sujeto conocer dónde se ubica espacial y/o geográficamente.
- Orientación personal: Es la capacidad que permite mantener la conciencia de la propia identidad, de las raíces, de quién es el sujeto, de lo que lo hace único. Requiere, por lo tanto, una visión conjunta del pasado y del presente. Además, a partir de esta conciencia de identidad, se puede ir incorporando otra serie de conocimientos a lo largo de la vida.

partir de esta conciencia de identidad, se puede ir incorporando otra serie de conocimientos a lo largo de la vida.

Para finalizar, otra capacidad que se debe tener presente es la visoespacial, que según Merchán y Henao (2011) “consiste de una serie de habilidades utilizadas para entender conceptos direccionales que organizan el espacio visual externo, las cuales llevan a comprender la diferencia entre arriba y abajo, atrás y adelante y derecho e izquierdo” (p. 94). Esta cualidad le permite al individuo desarrollar la conciencia de su cuerpo con relación al espacio y la relación existente entre los objetos y él. La capacidad visoespacial se puede clasificar de la siguiente manera:

- Integración bilateral: la habilidad para usar los dos lados del cuerpo en forma simultánea y por separado de una forma consciente, y permite dar el fundamento motor para comprender la diferencia entre los lados derecho e izquierdo del cuerpo.
- Lateralidad: habilidad para identificar la derecha e izquierda sobre sí mismo de una forma consciente
- Direccionalidad: habilidad para interpretar direcciones hacia la izquierda o derecha en el espacio exterior

Cabe señalar que estas capacidades, y la estimulación cognitiva se relaciona estrechamente con las habilidades para la vida, ya que estas pueden potenciar dichas destrezas, por lo cual, también, se contemplan en esta propuesta.

2.4.1. Capacidad funcional saludable

La funcionalidad es aquella “capacidad de desempeñarse normalmente en las actividades diarias, permitiéndole a la persona mantener su independencia y permanecer inserto en la comunidad” (Pontificia Universidad Católica, 2012, p.12 y p.14), lo cual también está estrechamente relacionado con la atención que se le necesita dar a las capacidades cognitivas.

2.5. Habilidades para la vida

Las habilidades personales son también conocidas como habilidades para la vida, estas son según la OMS (1993) son las “capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana” (p.26) Asimismo, este organismo menciona que estas habilidades son personales, interpersonales, cognitivas y físicas enfocadas en que la persona controle y dirija sus vidas (autogestión), lo que permitirá desarrollar capacidades para vivir con su entorno, y que tengan repercusiones positivas.

Existen variedad de habilidades para la vida, sin embargo para esta investigación se toman aquellas que será abordadas directa o indirectamente en el programa de ejercicio físico, estas son: La toma de decisiones, enfocada está a la decisión de implementar los ejercicios diariamente; las habilidades de comunicación, pensadas en crear un grupo sólido para el apoyo mutuo; el conocimiento de sí mismo, entendido como el saber/reconocer los cambios que conllevan la adultez mayor , y con ella la necesidad de realizar modificaciones en mis estilos de vida que conlleve el acercamiento a un deseado envejecimiento saludable. En la figura 5 se exponen las 10 habilidades para la vida.

Ilustración 5. Las 10 Habilidades para la vida



AUTOCONOCIMIENTO

Es la habilidad que se caracteriza por conocerse a sí mismo, lo que engloba pensamientos, reacciones, sentimientos, gustos, límites, fortalezas, debilidades, entre otros.



EMPATÍA

Es la habilidad de entender a la otra persona, a pesar de ser una situación diferente; "ponerse en el lugar de otra persona".



COMUNICACIÓN ASERTIVA

Se centra en la claridad para expresar adecuadamente sentimientos, pensamientos y/o necesidades.



RELACIONES INTERPERSONALES

Se centra en establecer, conservar e interactuar con sus pares de una manera positiva, para lograr un desarrollo personal.



TOMA DE DECISIONES

Por medio de la evaluación de las posibilidades, necesidades, criterios, consecuencias, beneficios, se toman decisiones.



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CONFLICTOS

Es la habilidad para buscar la más adecuada solución, esto por medio de la identificación de oportunidades de cambio, y crecimiento personal y social.



PENSAMIENTO CRÍTICO

Es la búsqueda de alternativas que permitan una adecuada toma de decisiones.



MANEJO DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

Se centra en reconocer las propias emociones y sentimientos, así como la identificación de cómo estas influyen en el comportamiento; esto con la finalidad de manejar estas emociones.



MANEJO DE TENSIONES Y ESTRÉS

Se enfoca en conocer aquello que provoca tensión y estrés, para así encontrar la manera de canalizarlas, para que así no afecten la salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de Montoya Castilla, y Muñoz Iranzo (2009).

2.6. Prácticas saludables

Asimismo, se debe considerar el concepto de prácticas saludables, debido a que estas son aquellas que “permiten fomentar las habilidades y los conocimientos de las personas y poner en práctica iniciativas ambientales más amplias” (OMS, 2015: 36). Además, la potenciación de estas prácticas conlleva el control de los factores de riesgo, así como el desarrollo y mejoramiento de los factores protectores. A su vez el desarrollo de estas prácticas se relaciona estrechamente con el autocuidado, y este es entendido como:

“la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos” (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012).

El autocuidado es una práctica que puede ejecutarse por personas que presenten enfermedad o que estén sanas, y el tipo de autocuidado que necesita cada persona, -cada persona adulta mayor-, estará determinada por los factores de protección y de riesgo a los cuales se ve expuesta la persona; bajo esta premisa se debe de buscar que este sea integral, es decir, que como plantea la Pontificia Universidad Católica (2012) “no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales” (p.7).

Desde esta idea, dicha Universidad, plantea una serie de recomendaciones en ciertas áreas que contribuyen o en los que se debe de trabajar para este autocuidado, como por ejemplo: mejorar el rendimiento intelectual, estado psicoafectivo, actividades sociales, alimentación saludable, hábitos de eliminación saludables, capacidad funcional saludable, ejercicio, dormir de forma saludable y prevención de caídas. Para efectos de este proyecto se tomarán en cuenta los siguientes.

2.6.1. Rendimiento intelectual

La Pontificia Universidad Católica (2012) plantea que “los cambios en el rendimiento intelectual son mínimos cuando el envejecimiento es normal, pero sí es importante estimular al intelecto para mantenerlo activo y que sus funciones no declinen [...]” (p.7), por lo cual en este proyecto se toma en consideración el fortalecimiento de las capacidades cognitivas, ya que las mismas son un eje trascendental en el desarrollo integral de las PAM; y es por este motivo que este tema se presenta en todas las sesiones planteadas para esta propuesta.

2.6.2. Actividades sociales

Se ha planteado que las personas adultas mayores no saben qué actividades desarrollar en su tiempo libre, por lo cual se propone que las personas logren identificar las actividades que les guste, ya que esto puede contribuir a prevenir el aislamiento social, así como un desarrollo personal que propicie el fortalecimiento de factores protectores.

2.6.3. Alimentación saludable

En cualquier etapa de la vida es de suma importancia adoptar hábitos alimentarios que contribuyan al bienestar de las personas, así como a la prevención de ciertos padecimientos y/o enfermedades, para mejorar el proceso de salud y de calidad de vida. Para asegurar una alimentación con los nutrientes necesarios, se debe consumir diariamente alimentos en las cantidades adecuadas, previniendo que el consumo de sal, azúcar y grasa sea moderado.

Según las Guías Alimenticias (2011) se define alimentación saludable como el proceso de “Elegir una alimentación que aporte todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana”. Los nutrientes esenciales de una alimentación saludable son: Proteínas, vitaminas, minerales.

Ilustración 6. Proporción recomendada de cada Grupo de Alimentos para una buena salud



Fuente: Ministerio de Salud (2011).

Para complementar lo anterior, es importante mencionar lo referente a los tiempos de comida como parte de la alimentación saludable, ya que respetar los mismos, implicaría evitar padecimientos como la gastritis, ayuda a mantener normales los niveles de azúcar del organismo, y con ello conservar energía para realizar las actividades cotidianas, lo cual influye en la salud mental de las personas. No realizar un tiempo de comida aumenta los niveles de estrés (Oficina de Bienestar y Salud, UCR, 2013).

Según las Guías Alimenticias (2011) los tiempos de comida es el tiempo en que la persona dispone para alimentarse, se recomiendan cinco tiempos de comida para mantener el metabolismo activo, las meriendas también ayudan a evitar comer en exceso en los tiempos de comida principales. Los cinco tiempos de comida son:

- Desayuno: Favorece tu concentración y memoria.
- Merienda: Se recomienda un yogurt o una fruta.
- Almuerzo: Un almuerzo saludable carga nuestras energías para la tarde.
- Merienda: Evitará comer demasiado en el almuerzo o cena.

- **Cena:** Fundamental para el correcto funcionamiento de nuestra salud y el organismo, ya que esta ingesta nos permite ir a descansar estando bien alimentados.

Referente a la alimentación en la etapa de la vejez, según las Guías Alimentarias para Costa Rica (2010), esta no debe ser diferente al consumo de los otros grupos etarios, siempre y cuando esta sea equilibrada y este acorde a las necesidades de energías, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Asimismo, debe ser una alimentación que contenga alimentos ricos en nutrientes como la tiamina, vitamina c, calcio hierro y folatos. Una adecuada alimentación en esta etapa promueve un estado óptimo de salud, además ayuda a evitar deficiencias y retardar la ocurrencia o progresión de algunas enfermedades.

2.6.4. Ejercicio físico

Según Araya, G, Balletero, C y Carazo, P (2002) “La limitación funcional para ejecutar las actividades del diario vivir representa un serio problema para el adulto mayor. Estas limitantes son un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectaran directamente su calidad de vida” (p.1). De manera que, con lo anterior se introduce a la conceptualización teórica en referencia a la actividad física y el ejercicio, para culminar con la teoría del Chi Kung; esta última vista por los expertos consultados, como medicina China que fortalece los órganos del cuerpo, y que tienen un impacto significativo en la estimulación cognitiva de las personas adultas mayores.

Las ventajas de una actividad física recurrente son múltiples y actúan en beneficios diferentes campos, aparte que inciden en la calidad de vida de las personas mayores. Según (Balbontín, A, Mateo, A y Porras, M., 2011) algunos estudios demuestran que las personas mayores que hacen ejercicios se caen menos. Con lo anterior es claro la necesidad de generar procesos autogestores en estas personas para que realicen acciones en dos líneas: el conocimiento de los ejercicios del Chi Kung y posteriormente la creación de estos espacios dentro y fuera de la clínica.

2.6.4.1. *Actividad física*

Según la OMS (2009) “la inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial)” (p.10). Razón por la cual, desde este organismo se articulan esfuerzos para contrarrestar los efectos secundarios que conlleva el sedentarismo en la población, que provoca consigo enfermedades no transmisibles (ENT) como: enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer.

Basado en lo anterior, la OMS (2009) define actividad física “como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía” (p.9). Incluyen diversas actividades de la vida cotidiana, como trabajar, hacer labores domésticas y actividades recreativas entre otras.

Tanto Guillén, F., Castro, J. y Guillén, M.A. (1997), como Escalante (2011) definen la actividad física como “todo aquel movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos con gasto de energía” (p.94), añadiendo esta última, recomendaciones esenciales para que los diferentes grupos poblacionales ejecuten estos movimientos periódicamente cada semana. Para esta autora, las acciones físicas en la población adulta mayor, están van enfocadas en mejorar el equilibrio y con ello la prevención de eventuales caídas.

La Asociación de Medicina Deportiva de Colombia (2002), extiende la conceptualización de actividad física, vista esta “como cualquier movimiento corporal voluntario de contracción muscular, con gasto mayor al de reposo” (p.205). [...] añade que esta es entendida desde un comportamiento humano complejo y con componentes de orden biológico y psicocultural. Para esta propuesta, desde la perspectiva meramente biológica se centra en los cambios orgánicos que ocurren en el cuerpo a partir de las acciones físicas; desde el otro componente, este va direccionado a la inserción del programa de ejercicio dentro del plan operativo institucional, para que los adultos mayores

participantes y otros adscritos a este centro médico, continúen fortaleciendo las capacidades cognitivas a partir de esta medicina oriental.

Guillen y Linares (2002), añaden al concepto descrito por los diferentes autores anteriores, que la actividad física está presente en las actividades de la vida diaria (ADV), salvo dormir o reposar. Dividen las actividades en dos modalidades: las necesarias para el mantenimiento de la vida; y aquellas cuyo objetivo consiste en relacionarse, mejorar la salud o la forma física. Por otro lado, desde el ámbito de la funcionalidad, en la etapa de adultez registrarán aquellas actividades que combinen con diversas formas de expresión y desarrollo físico y mental, ya que directamente reducirían los riesgos de las enfermedades crónicas en las personas practicantes.

La Actividad física se vincula al concepto de salud y promoción de la salud puesto que, está inmersa como “una estrategia o intervención que permite mejorar la autopercepción y el nivel de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas” (OMS, 2009, P.211), aunado, a los beneficios que trae desde lo biológico, psicosocial y cognitivo. Por ende, lo planteado en esta investigación, permitirá mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor a partir de la herramienta de la actividad física, en conjunto con otras prácticas.

Desde Promoción de la Salud, la práctica de estas actividades facilitará a las personas y los organismos, los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Es una estrategia efectiva, ya que concientiza y permite la modificación de hábitos y comportamientos sociales, lo cual lleva al mejoramiento de la percepción de vida de los individuos y de las comunidades. (Correa, 2010, p.9).

Considerando los beneficios de la actividad física, se espera que esta estrategia fortalezca la salud en términos de potencialización de la cualidades físicas y mentales y, además, disminuya los factores de riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares, se aumente la capacidad productiva, se fortalezcan las relaciones interpersonales, creación de espacios saludables, y por último, una compensación del sedentarismo de las actividades laborales e intelectuales. (Pérez y Devis, 2003, p.70).

Para lograr un fortalecimiento de las capacidades cognitivas desde el enfoque en Promoción de la Salud, se propone en este proyecto, la implementación de un programa de ejercicio físico, ya que, según fuentes bibliográficas consultas, hay una relación directa satisfactoria entre los programas de ejercicios físicos con el mejoramiento de la salud de las personas practicantes.

El término *ejercicio físico* está relacionado con la Salud Pública y según Escobar (2008) citado por (Sánchez, 2008, p.20) el ejercicio físico es una “subcategoría de la actividad física, siendo planeado e intencionado, estructurado y repetitivo, que tiene como propósito mejorar y mantener uno o más de los componentes de la aptitud física (resistencia cardiorrespiratoria, fuerza muscular, composición corporal, flexibilidad y resistencia muscular)”.

Teniendo en consideración lo anterior, se explicará la teoría de la medicina China del Chi Kung. Para el programa de ejercicios, se planificó con ocho de los veintiocho pasos del Gigong (Chi Kung), esto articulado con herramientas de promoción de la salud.

2.6.4.2. Ejercicios Chi Kung

El Qigong, que significa ejercicios de energía interna, es un término genérico de diferentes ejercicios de meditación y terapia, siendo muy popular en china. El Gigong consta de 28 pasos sin embargo, basado en consultas con los expertos de esta medicina tradicional China, se tomaran ocho pasos para la realización de los ejercicios. Se plantea esta alternativa debido a los beneficios que tiene en la salud de las personas, así como su influencia en las capacidades cognitivas. En la cuadro2 se enumeran algunos pasos con sus respectivos beneficios.

Ilustración 7. Pasos del Qigong y sus beneficios

Pasos del Qigong	Beneficios de los pasos del Qigong
Paso 1: Paso de Partida y regulación de la respiración	Como su nombre lo menciona, busca la regulación del ritmo respiratorio, y ayuda a la relajación y tranquilidad de la persona, para así propiciar una mejora y protección de las funciones que desempeña el cerebro.
Paso 2: Abrir y expandir el pecho	Contribuye a reforzar las funciones respiratorias, por lo que aumenta el oxígeno en la sangre, lo que ayuda a la claridad del cerebro; propiciando así sensaciones de alegría, confianza, prontitud y reflexión rápida.
Paso 3: Balancear los brazos para separar las nubes	Se necesita un alto grado de concentración, además por el movimiento circular de los brazos se favorece el bombeo del corazón, lo que a su vez mejora la función de las articulaciones (de hombros, codos y rodillas).
Paso 4: Vaiven de los brazos en postura fija	Se sigue trabajando sobre la concentración, además de que se “cumple la función de expandir el tórax y, por tanto, puede prevenir y curar enfermedades de las articulaciones arriba mencionadas y regular y mejorar la función respiratoria”. (Ding, 1993, p.30)
Paso 5: Remar en el centro del lago Paso 6: Regular el QI con movimientos ascendentes y descendentes	Estos pasos se enfocan en lo mismo, aunque por medio de diferentes formas, pero se centran en la regulación de la mente, la respiración y la energía; además de que se trabaja la concentración, ya que esta es la base para realizar los movimientos.
Paso 7: El vuelo del Ganso silvestre	
Paso 8: Regular el Qi en los meridianos REN y DU	<i>Con la concentración se guían los meridianos Ren y Du del pequeño círculo del QI a fin de regular, mejorar y fortalecer la función equilibrada entre estos dos meridianos. El meridiano Ren está estrechamente relacionado con la reproducción, controla todos los meridianos Yin del cuerpo. La palabra “Du” significa “gobernador” y “comandante”. Este meridiano gobierna todos los meridianos Yang”. (Ding, 1993, p.152)</i>

Fuente: Elaboración propia, a partir de Ding, 1993.

Capítulo 3. Métodos de trabajo

3.1. Población y muestras

La población involucrada fueron las personas adultas mayores que de forma voluntaria accedieron a participar en este proyecto y que asistieron a alguno de los grupos existentes en la Clínica Integrada de Tibás o que estaban adscritas a la misma. Se planteó utilizar un muestro no probabilístico para conformar un grupo entre 20 a 30 personas, esto último por solitud del contacto en la clínica. Además, se utilizó el muestreo por conveniencia para definir el grupo requerido (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El grupo se conformó por 24 PAM, debido a que una solicitud del centro de salud fue que el grupo tuviera entre 20 a 30 participantes, y a pesar de que a la primera sesión asistieron 28, sin embargo, cuatro personas no continuaron en el proceso.

Definida la población y dada la variedad de las actividades a realizar en el proyecto, se destacan dos grupos de beneficiarios:

- *Beneficiarios directos:* Como se mencionó anteriormente, este grupo beneficiario fue el conformado por las personas adultas mayores adscritas a la Clínica de Tibás.
- *Beneficiarios indirectos:* Conformado por las personas colaboradoras de la Clínica Integrada de Tibás, propiamente en la Unidad de Promoción de la Salud (trabajo social, educadora física, psicología y promoción de la salud), así como los familiares de los participantes.

3.1.1. Perfiles de selección

Como parte de la selección de los participantes, se definieron los criterios de inclusión y exclusión, estos se basan en las características necesarias con las que contaban los elementos en estudio. Los criterios de inclusión y exclusión identificados para esta propuesta los evidencia en la Ilustración 8.

Ilustración 8. Criterios de inclusión y exclusión de la población participante en el proyecto

Inclusión	Exclusión
1. Personas de 60 años o más. 2. Personas adultas mayores con independencia funcional. 3. Personas sin deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve. 4. Las personas que cumplan con los criterios anteriores y se inscriban desde la convocatoria.	1. Personas adultas mayores que no sepan leer o escribir. 2. Personas con contraindicaciones médicas como problemas motores. 3. Personas con problemas severos en vista y audición. 4. Personas que falten a dos sesiones.

Fuente: Elaboración propia (2018)

Los criterios señalados se basaron en disposiciones de los investigadores para la implementación y ejecución de la propuesta, en aras de obtener los resultados esperados en este proceso.

3.2 Estrategia de trabajo seguida

3.2.1. Enfoque de investigación

Por la peculiaridad de la propuesta, esta se enmarcó como un *enfoque investigativo mixto*, el cual se define por ser “un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Como se puede apreciar, este enfoque plantea el uso y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, que buscan en esta investigación, en primera instancia la información cuantitativa permitirá conocer la valoración cognitiva del grupo participante y a su vez, desde lo cualitativo se buscará conocer y trabajar sobre las formas de sentir y

pensar de la población meta acerca de los temas a abordar (capacidades cognitivas, prácticas saludables, proceso de envejecimiento y salud en estas); lo cual permitirá un análisis a profundidad del tema en estudio.

3.2.2. Paradigma de investigación

Se entiende por paradigma como “una concepción del objeto de estudio de una ciencia, de los problemas generales por estudiar, de la naturaleza de sus métodos y técnicas, de la información requerida y, finalmente, la forma de explicar, interpretar o comprender, según el caso los resultados de la investigación realizada” Briones (1989) citado por Ramírez (p.3).

Partiendo de esta perspectiva, la propuesta se desarrolló bajo la corriente del *constructivismo*, puesto que, según Barrantes (2014) se parte de la idea de que los sujetos son los formadores del conocimiento, este último se logra por medio de la adecuación de la realidad y la experimentación de situaciones y objetos que son transformados.(p.17). Con lo anterior se buscó que los sujetos participantes se adhirieran a conocimientos sobre prácticas saludables, ejercicios físicos-cognitivos basados en técnicas orientales de Chi Kung, y con ello, conocieron alternativas no tradicionales en actividad física para el beneficio de su salud.

3.2.3. Diseño de investigación

Se propuso un diseño de tipo *no experimental*, este mismo se caracteriza por enfocarse en describir el estudio o analizar pocos casos para diagnosticar las posibles causas de un problema. Asimismo es un estudio que no manipula variables para observar comportamientos deseados, ya que aunque se pretendió el cambio en ciertas prácticas y concientización de la importancia de ciertos temas, no se estableció grupos de comparación ni de manejo deliberado de ciertos aspectos (Fisher, Laing, Stoeckel y Townsend, 1999, p.43).

Asimismo, por la peculiaridad del proyecto, y con la intención de comparar la población al inicio y al final de este, se propuso un diseño no experimental *pre y post evaluatorio*, ya que aunque no se tuvo un grupo control, se estableció una medición inicial que contribuyó a determinar los cambios generados por el proyecto a lo largo del mismo (Fisher et al., 1999).

Como se mencionó anteriormente, se propuso un enfoque mixto, debido a que se recolectó y analizó información cuantitativa y cualitativa, respecto a la primera se midieron (por medio de escalas de Likert y otras) aspectos cognoscitivos de la población meta, además se cuantificaron avances grupales respecto a los temas abordados; y en lo que respecta a los datos cualitativos, se consideraron las percepciones de la población en torno a sus creencias y acciones.

3.2.4. Descripción de las técnicas e instrumentos planteados

Durante la implementación del proyecto se emplearon diferentes técnicas para la recolección de la información en los procesos establecidos. Barrantes (2014) menciona que “para alcanzar los objetivos propuestos se solicitan una serie de datos que permitan llegar a los conocimientos, por lo tanto, es necesario utilizar instrumentos apropiados que sean capaces de captar esos datos” (p.193). Referenciado lo anterior, se describen a continuación las técnicas utilizadas para esta investigación.

3.2.4.1 Observación

Por las características de esta técnica, la misma permitió explorar el ambiente del grupo participante, asimismo, descubrir el comportamiento de estas personas, comprender los procesos y percepciones, esto en las sesiones establecidas (Barrantes, 2014, p.235). Por lo que se utilizaron varias guías de observación que se utilizaron en todas las sesiones para tener un acercamiento de los investigadores respecto a las percepciones de los temas abordados, así como de los ejercicios de Chi Kung.

La finalidad de emplear esta técnica, fue recopilar datos sobre la adherencia a la información deconstruida en las sesiones, así como validar las actividades desarrolladas, además de que por medio de las mismas se pudo recabar información que no se contempló en otras técnicas y que brindaron insumos para el análisis de los objetivos. (Ver guías de observación en los anexos 5,6 y 7).

3.2.4.2. Entrevistas

Otra de las técnicas empleadas en este proyecto fue la entrevista estructurada, ya que se consideró un instrumento útil para indagar un problema y comprenderlo tal como es conceptualizado e interpretado por los sujetos estudiados, sin imponer categorías preconcebidas (Bonilla y Rodríguez, 1997, p.93). Este tipo de técnica se utilizó para indagar sobre la información sociodemográfica de la población meta, por lo que se acompañó de un cuestionario (ver anexo 8), asimismo también se utilizó este tipo de técnica para aplicar los test de valoración cognitiva (ver anexo 12 y 13).

3.2.4.3. Cuestionario

Se empleó el cuestionario como instrumento para la recolección de los datos con el objetivo de cuantificarlos. Este se aplicó en la población meta para obtener información sobre las características sociodemográficos del estudio y se aplicó como acompañamiento de la técnica de entrevista. (Ver anexo 8).

3.2.4.4. Informes de campo

Para sistematizar todo lo relacionado con la ejecución de las sesiones, se utilizó como técnica los informes de campo; estos son instrumentos que evidencian y documentan los procesos prácticos del proyecto y que complementaron la técnica de observación. (Ver Anexos 10 y 11).

3.2.4.5. Técnicas participativas

Para estas técnicas se empleó la metodología participativa que según Fallas y Valverde (2000, citado en Gutiérrez, 2012) “la metodología participativa es una forma de trabajo en la que se procura la participación activa de todas las personas involucradas en el proceso de construcción y reconstrucción del conocimiento, promueve el aprendizaje y estimula un mayor involucramiento entre las personas participantes y la temática que se estudia” (p.14).

Como parte de las técnicas participativas se utilizó la lluvia de ideas, la cual es una herramienta que se utilizó con la finalidad de deconstruir temáticas, conceptos, ideologías y analizarlas desde las percepciones de la población participante en contraste con el refuerzo y la exposición de la información por parte de los investigadores (Ver anexo 11).

3.2.4.6. Escalas de valoración cognitiva

En primer lugar, se implementó la escala MoCA (Montreal Cognitive Assessment), que es un instrumento diseñado para un escaneo rápido de las alteraciones cognitivas leves. Este evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención y concentración, funciones ejecutivas, lenguaje, memoria, habilidades viso constructivas, pensamiento conceptual, cálculo y orientación.

En Colombia, Pedraza et al., (citado por Carrillo, 2017) indica que el MoCA “es una prueba que surge para detectar cambios en el funcionamiento cognitivo mediante la identificación de deterioro cognitivo leve o demencias” [...] Asimismo, “el instrumento cuenta con distintas validaciones y adaptaciones y, según indican los autores, se crea con el fin de suplir la carencia del MMSE” (p.37). Otros autores como Hollis, Duncason, Kapust, Xi & O’Connor (2015) mencionan que este instrumento de valoración es una prueba cada vez más utilizada por los profesionales en salud para la detección del deterioro cognitivo. Su puntuación máxima consta de 30 puntos y con ello se pretende identificar en que dominios es necesario profundizar con estimulación cognitiva (Carrillo, 2017).

El uso de este tipo de valoración tuvo como finalidad medir las capacidades cognitivas a estudiar, para que estas generen procesos mentales que permitan accionar sobre las actividades de la vida diaria (AVD). Se realiza una consulta con expertos, propiamente en el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) y el Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP) de la UCR e indican que esta escala no se encuentra tropicalizada, sin embargo, es válida en países de habla hispana, y al ser un test asistido y no autodirigido, por lo tanto, es igualmente válido.

En segundo lugar, se propone la escala Katz, que mide las actividades de la vida diaria en la persona adulta mayor, esta misma está validada por expertos e investigadores en Costa Rica (Ver anexo 12). Según Ferreira et al (2011, p.12) menciona que las funciones que se valoran son de carácter jerárquico, esto significa que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otra, esta de menor rango jerárquico, por ejemplo, el lavarse antes del vestirse.

Para este estudio es utilizada esta escala debido a que los primeros síntomas de deterioro cognitivo se ven reflejados en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ADV), en otras palabras, si se nota déficit en alguna de estas actividades, se puede identificar la zona afectada mentalmente de la persona, y con ello desde el equipo multidisciplinar direccionar las acciones para el bienestar de la persona.

3.2.4.7. Consulta con expertos

Se buscó la retroalimentación y la comunicación constante y periódica con los expertos que los investigadores asignaron, en este caso sería el comité asesor de la práctica, el maestro de Chi Kung, y otros profesionales en el área de estimulación cognitiva y estadística, esto con el fin de tener mayores insumos para analizar la información recopilada y por ende, los resultados encontrados, y así alcanzar la consecución de los objetivos planteados, esto por medio de la triangulación de expertos.

3.3. Logística seguida

A partir del enfoque, paradigma y diseño de investigación planteados anteriormente, se sigue la logística de la Investigación Convergente Asistencial, la cual

Implica una variedad de métodos y técnicas cualitativas de investigación individuales y de grupo, en un intento de no sólo reunir información, sino para integral los implicados en el proceso de construcción de la investigación al mismo tiempo en las actividades de investigación profesional del investigador, permanentes o temporales, de forma activa y participante (Titonelli Alvim, N., 2017, p. 1).

Asimismo, este tipo de investigación plantea que una “propuesta de construcción de conocimiento e innovación de las prácticas de salud preservan los principios y el rigor del método científico, a partir de las evidencias presentes en las prácticas cotidianas de los profesionales” (Titonelli Alvim, N., 2017, p. 1).

Partiendo de esto, se propone como primera etapa la identificación y estudio del problema que da pie a esta propuesta de investigación, el cual es como afecta el deterioro cognitivo a las PAM (ver anexo 1), seguido del análisis de las alternativas y propuesta de las posibles soluciones a esta problemática.

Seguidamente se planteo la población meta con la cual se iba a trabajar, para lo cual se utilizó una estrategia para la conformación de un grupo de población y para el cumplimiento de los objetivos propuestos, la cual se expone a continuación.

Como primer punto, la estrategia de trabajo seguida se basó en la conformación del grupo participantes, para ello se empleó varias visitas al centro médico con la finalidad de:

- Mapear los diferentes grupos de adultos mayores existentes en la Clínica de Tibás, con ello la captación de futuros participantes.
- Se definieron las estrategias comunicativas para dar a conocer el proyecto, entre ellas estuvieron: visitas a los diferentes grupos, afiches y brouchers informativos y la utilización de las redes sociales como la página en Facebook de COOPESAIN.

- La inscripción al proyecto vía llamada telefónica a los números de los investigadores o al servicio de Promoción de la Salud.
- Se definió el espacio físico donde se ejecutaron las sesiones educativas, éste fue en el aula multiuso que cuenta la institución, ya que es un sitio utilizado en diferentes actividades y les es familiar a las personas adultas mayores, asimismo, el lugar cuenta con equipo tecnológico, sillas y pupitres, ventilación e iluminación, y tiene una capacidad para albergar 25 personas.

Una vez conformado el grupo de trabajo, se procedió al planteamiento de las sesiones para la definición del contenido a trabajar. Cada sesión se estableció en un orden cronológico para el cumplimiento de los objetivos, además de que, contenían diferentes técnicas para que el proceso educativo fuera motivacional e innovador. Las técnicas correspondieron a:

- Técnica de Presentación: Fue aquella que permitió que los participantes se presenten ante los otros miembros del grupo, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de formación. Se utilizó la técnica “Yo me llamo” la cual permitió que todos escucharan los nombres de los otros adultos mayores y con ello trabajar la memoria.
- Técnica Rompehielo o de animación: Antes del inicio de las sesiones, se implementó una actividad de este tipo, cuya finalidad consistía en mantener una atmósfera de confianza y seguridad en los participantes, para una participación activamente durante los procesos educativos. Ejemplo de estas técnicas fueron: *Viviendo con la familia Izquierdo, Saludos, Ejercicios japoneses de Hisae Takeyama, ejercicios visuoespaciales de memoria y cantos jocosos*. Generalmente estas técnicas de este grupo se caracterizaron por ser activas, que permitieron la relajación de los participantes, la cohesión del grupo y la presencia de humor y motivación.
- Técnicas de análisis y profundización: La característica principal de estas actividades durante el proceso educativo fue que permitió analizar y reflexionar con mayor profundidad los conocimientos sobre un tema desarrollado. De esta manera,

se promovió que las PAM asimilaran y comprendieran objetivamente la importancia de un tema, además que creo un ambiente donde ellos mismos expresaran ideas propias sobre el tema. Los temas abordados desde estas técnicas fueron: Verdad o mito sobre el envejecimiento, trabajo grupal para el aprendizaje de Actividad y ejercicio físico, beneficios y cuidados. Además del Marciano para abordar temas de autonomía y estimulación cognitiva; alimentación inteligente por medio de una charla, y el tangrama y el reto del masmelow.

- Técnicas evaluativas: Estas técnicas permitieron evaluar algunos indicadores durante el desarrollo del proceso educativo. Entre los indicadores que se evaluaron a través de estas técnicas figuran: la participación del grupo PAM, las evaluaciones sobre percepciones de temáticas y un repaso general al final del proceso.

Con las técnicas descritas del proceso educativo realizado, se describe una serie de instrumentos planteados para la recolección de la información. En primera instancia, se recabó la información para la base de datos referente a las características sociodemográficas, cognitivas y las valoraciones cognitivas MoCA y Kazt (Ver anexo 12 y 13)

Seguidamente, se contó con instrumentos de lluvias de ideas para la construcción de los conocimientos por parte de las PAM, las guías de observaciones para comprender los procesos de estas personas en las sesiones, tanto educativas como en la medicina oriental del Chi Kung. Por otra parte, se emplearon los informes de campo, para evidenciar y documentar la práctico del proyecto.

La población involucrada correspondió a las personas adultas mayores que de forma voluntaria accedieron a participar en el proyecto y firmaron el consentimiento informado. El total de la muestra fue de 24 personas con más de 60 años de edad.

Con respecto a los materiales usados en el desarrollo de las sesiones, fueron de tipo didácticos, como: Hojas, lapiceros, pizarra, marcadores. Asimismo, se utilizaron materiales tecnológicos, como por ejemplo: Computadora, proyector, memoria USB, dispositivos móviles para recabar fotografías y grabar audio de voz, y por último parlantes para las

sesiones de Chi Kung. Para las sesiones rompehielo, el masking, los objetos de juego y el cartón de presentación fueron los materiales usados para las actividades de ese tipo.

Por último, una vez obtenida la información recolectada por los instrumentos aplicados se procedió a utilizar diferentes técnicas para el análisis de los datos.

3.4. Técnicas de análisis o de construcción empleadas

Para el análisis de los objetivos de este proyecto, se planteó la operacionalización de una serie de variables y categorías de análisis (ver anexo 3 y 4), y la misma se explica a continuación.

Referente a las variables de estudio se consideró la medición de las capacidades cognitivas (por medio de instrumentos como el MoCA y el KATZ), así como la observación de progresos para el cumplimiento del tercer y cuarto objetivo, lo que respecta a reforzamiento de las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables, por medio de escalas de lickert, ya que se estas permitirán darle seguimiento a los avances alcanzados, y además permite identificar cuando esto no se da (si desea observar las mismas revisar el anexo 5, 6 y 7).

Esta información (proveniente de los instrumentos de medición y las escalas de lickert) se sistematizaron por medio de programas como las hojas de cálculo de Excel, esto debido a que el mismo permitió el vaciamiento de datos, y facilitó la agrupación y filtración de las variables, y posteriormente el análisis.

En lo que respecta a categorías de análisis, se plantearon para darle seguimiento al cumplimiento de todos los objetivos, debido a que se identificaron y analizaron las percepciones y opiniones respecto a temas como: capacidades cognitivas, envejecimiento, salud, prácticas saludables, entre otros; y su actitud respecto a las mismas como factor de riesgo o de protección para alcanzar un envejecimiento saludable.

En lo que respecta a los datos correspondientes a las categorías de análisis, para estas se utilizó el software Atlas Ti, ya que este es un recurso que permitió codificar la información, y así establecer relaciones, comparaciones, identificar similitudes, entre otras ventajas; por lo cual este programa contribuyó a precisar el análisis de textos y datos multimedia.

Asimismo, para analizar la información de tipo cualitativo obtenida se empleó la triangulación, entendida como la utilización de diversos métodos, de fuentes de datos, de teorías, de ambientes, de investigadores en el estudio de una situación o acontecimiento. Lo que se busca con este tipo de análisis es identificar patrones que permitan establecer o corroborar interpretaciones generales para lo estudiado (Okuda Benavides & Gómez-Restrepo, 2005). Asimismo, mencionan que la triangulación permite visualizar lo estudiado desde diferentes ángulos, lo que le facilita a la validez, una perspectiva más amplia, y consistencia de los hallazgos. Siendo esto el principal objetivo por el cual se utiliza este tipo de análisis.

Por ende, se propone una triangulación de teorías, ya que debido a que en la investigación suele plantearse previamente la teoría que a su vez será la base para analizar e interpretar los hallazgos. Okuda Benavides & Gómez-Restrepo plantean que este tipo de investigación plantea “observar un fenómeno con el fin de producir un entendimiento de cómo diferentes suposiciones y premisas afectan los hallazgos e interpretaciones de un mismo grupo de datos o información” (p.17).

3.5. Obstáculos y dificultades encontradas

Parte del objetivo principal del proyecto fue la creación de entornos saludables en un grupo de Adulto Mayor de la Clínica Integrada de Tíbás, por medio de una estrategia educativa que reforzará las capacidades cognitivas y adopción de prácticas saludables. Como lo mencionaba (Restrepo y Málaga, 2002), esta línea de acción de la Promoción de la Salud, trabaja en el mejoramiento de los entornos, desde los determinantes de la salud para

crear espacios más sanos y con ello contribuir a proteger la salud y aumentar la calidad de vida.

Asimismo, se reforzó el accionar comunitario y las habilidades y actitudes personales, para lograr los objetivos planteados en esta investigación. Sin embargo, aunque en el proceso educativo se trabajó con varias estrategias desde Promoción de la Salud para el desarrollo y cumplimiento de metas, se presentaron diferentes obstáculos y dificultades que requirieron ser atendidos a la brevedad para continuar con el planteamiento establecido. A continuación los obstáculos y dificultades encontradas:

No se obtuvo un adecuado filtro para la selección de las personas adultas mayores participantes, esto porque dentro de los criterios de exclusión, se excluía toda aquella persona con algún grado de deterioro cognitivo de grado serio a moderado, y durante el proceso educativo se identificaron tres personas que no participaban y no atendían a indicaciones simples por parte de los facilitadores.

Aunque se identificó a las personas con algún grado de deterioro visual o auditivo, y se direccionaron estrategias para un espacio inclusivo saludable, uno de los participantes abandonó el proyecto aludiendo que no se sentía cómodo ya que la mayor parte de las sesiones no las escuchaba.

El manejo del tiempo durante las sesiones educativas no fue bien utilizado ya que aunque cada sesión estaba planificada con tiempo y responsable, no se cumplió, esto como consecuencia del ambiente agradable y de confianza que se propició, ya que esto generó que las PAM participaran más y hablarán más entre ellos, lo cual afectó el tiempo, por lo cual se tuvo que apurar procesos teóricos-prácticos para cumplir con las temáticas.

El grupo logró una fuerte cohesión desde las primeras sesiones, esto provocó algunas veces alteraciones en el orden y con ello la pérdida de minutos durante el proceso educativo.

Se presentaron cambios en el cronograma de actividades debido a que el maestro de Chi Kung modificaba su hora de participación, por lo tanto se realizó adaptaciones constantemente para abordar el contenido de las sesiones.

Aunado en lo anterior, se tenía contemplado un profesional en Nutrición para el abordaje de la temática *Alimentación Inteligente*, sin embargo por compromisos de último momento de esta persona, no se logró concretar la charla al grupo. No obstante, se continuó con lo establecido y los investigadores asumieron la sesión.

La última sesión se realizó en un espacio externo a la Clínica Integrada de Tibás (Casa de una persona participante), y por cuestiones de tiempo, los investigadores no concretaron una visita previa para considerar o no el lugar seguro para las actividades. Durante la sesión, se produjeron accidentes de tipo caídas en cuatro PAM, lo que ocasiono elevar las medidas de seguridad y evitar una movilización constante por el sitio.

Desde el ejercicio de la Promoción de la salud, como enfoque de Salud Pública se deben contemplar desde la planificación de los procesos educativos, los posibles obstáculos o eventualidades en las diferentes etapas de la intervención, para el cumplimiento de las metas y que el impacto sea lo menos posible en la población participante. Mencionado lo anterior, en el ejercicio de la práctica, sobresalieron factores que facilitaron las actividades:

- Articulación y comunicación asertiva entre los investigadores y el promotor de la salud de la Clínica Integrada de Tibás.
- Excelente relaciones interpersonales entre los miembros del grupo, así como de estas personas con los investigadores y el personal del centro médico.
- Iniciativa en participar y aportar conocimientos en las diferentes sesiones educativas.
- La selección de las actividades fue adecuada para cada sesión, además que los participantes se mostraron complacidos por las mismas, ya que estas PAM manifestaron constantemente su agradecimiento y la satisfacción por cada ejercicio.

- Las reuniones periódicas entre el equipo de investigadores fue un factor clave el desarrollo de las actividades, ya que permitió la evaluación y monitoreo del proyecto, así como la toma de decisiones en algunos aspectos
- La anuencia por parte de la clínica hacia este proyecto, permitió tener a disposición un amplio espacio para las sesiones educativas como las de Chi Kung, este factor propicio movilidad entre las personas, una adecuada iluminación y ventilación, y equipo técnico y didáctico.

3.6. Plan de Garantía Ética

Este trabajo final de graduación, bajo su modalidad de Proyecto, se desarrolló bajo el Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, respetando los derechos y la dignidad humana de aquellas personas adultas mayores que participen del mismo. Asimismo, toda la planificación de este trabajo, fue direccionada al beneficio de las personas participantes en esta investigación sobre estimulación cognitiva.

Dicho lo anterior, se menciona que esta investigación se basó en los lineamientos establecidos por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica. De igual manera, se aclara que se respetarán los principios de la bioética, los cuales según Beauchamp y Childress (1979) son: La autonomía, la beneficencia, la No maleficencia y la justicia.

La autonomía o respeto a las personas, a sus opiniones y elecciones, a realizar acciones basadas en sus creencias personales y valores. Las personas participantes estuvieron en su plena libertad de elegir si continuaban o no con el estudio en el momento que así lo consideraran. Este principio exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas y el derecho a que se respete su voluntad.

La beneficencia procura el bien o el mejor interés del participante en las sesiones. Con la implementación del proceso educativo que busco promover la adopción de prácticas saludables para el reforzamiento de las capacidades cognitivas en las personas adultas

mayores, se intentó mejorar la calidad de vida de este grupo y la prevención de enfermedades asociadas a la demencia que conlleven a la dependencia de estas.

El principio de la justicia requiere que se dé a la persona lo que es debido. Pretende trabajar con personas de diferentes condiciones sociales, creencias, nacionalidades, entre otros factores, de ahí la necesidad de dar un tratamiento igualitario a cada persona. Por último, el principio de la No- Maleficencia obliga a no causar daño al paciente en forma deliberada. Se entiende por “no causar daño” a el daño físico, especialmente el dolor, la incapacidad y la muerte.

Teniendo en cuenta estos principios expuestos por los autores, y para el cumplimiento de los mismos, se estableció un consentimiento informado, como parte de los lineamientos del CEC. Con este documento se buscó proteger a los participantes en el proyecto (Ver anexo 14 Formulario Consentimiento Informado).

El consentimiento informado corresponde a un documento donde se invitó a las personas adultas mayores a participar de esta investigación, para la cual se les entregó un escrito con el propósito del proyecto, y el mismo se redactó con palabras que cualquier persona pueda entender, es decir, sin lenguaje técnico. Asimismo, para la redacción de este se siguió lo establecido en el CEC-O-04 (2016), el cual detalla que dicho consentimiento debe contener las siguientes explicaciones: Identidad de los estudiantes responsables de la investigación y sus colaboradores, la institución la cual pertenece los investigadores, en este caso la Escuela de Salud Pública y la fuente de financiación del proyecto.

Otro punto que indicar a los participantes en este consentimiento informado es la explicación del objetivo general de la investigación y detallar la participación de estos en la misma. El objetivo de este trabajo fue *fortalecer las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables orientadas a un envejecimiento exitoso desde el enfoque de Promoción de la Salud en las personas adultas mayores que asisten a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018.*

El período de participación en el que se recopiló la información fue de aproximadamente un trimestre, el mismo inició en agosto y concluyó en octubre del 2018. A continuación, se describen los criterios de selección de las y los participantes para esta investigación, los cuales se dividen en criterios de inclusión y exclusión.

Aunado a los criterios de inclusión y exclusión (explicados anteriormente), se contempló que aquella persona que durante el proceso, le surgiera algún tipo de incomodidad, lo podía comunicar a los investigadores. Por el tipo de proyecto que se implementó, las personas participantes no estaban expuestas a ningún riesgo que pudiera causar algún daño.

Además, se aclaró que los videos o las fotografías son confidenciales y solamente se utilizarán para fines académicos. Y los mismos fueron almacenados por los investigadores, y permanecerán bajo dominio de estos durante un periodo de tres años desde que se realizó el proyecto. Los medios en donde se guarda esta información son de manera electrónica, en los domicilios de los estudiantes, ubicado en San Antonio de Desamparados, en la provincia de San José, y en Desamparados de Alajuela.

Al finalizar este proceso investigativo, toda persona participante tendrá acceso a los resultados y su análisis, para ello los investigadores convocarán a una reunión y facilitan la devolución con los datos analizados, esta será de manera oral y con una presentación en PowerPoint. Incluso, se entregará un informe escrito y el manual del proyecto al Promotor de la salud de la Clínica Integrada de Tibás, el señor Manuel Jiménez.

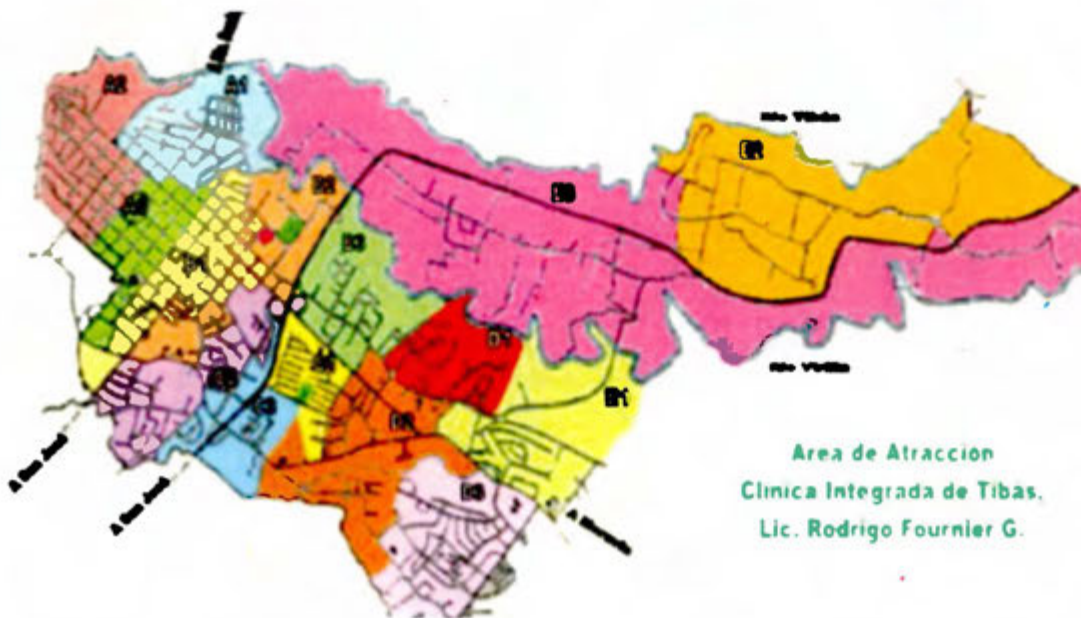
Capítulo 4. Análisis de resultados

4.1 Descripción del objeto estudiado

La propuesta nació a partir de la identificación de la necesidad en el tema de deterioro cognitivo en la población adulta mayor en la Cooperativa Autogestionaria de Servidores de la Salud Integral COOPESAÍN RL de Tibás. Esta instancia presenta la característica de tener una mayor cantidad de personas adultas mayores adscritas a la misma con respecto al promedio nacional; lo cual aumenta la preocupación de trabajar en el control y disminución de los factores de riesgo y aumentar los factores protectores para mejorar la calidad de vida de este grupo de personas.

La ubicación de este centro es San Juan de Tibás, del Estadio Ricardo Saprissa Aymá 50 metros al sur. La clínica tiene a cargo la atención de personas aseguradas y no aseguradas de los siguientes distritos: San Juan y Llorente de Tibás, un 5% los de Colina, 25% del distrito de San Vicente de Moravia y en su totalidad a los usuarios de San Miguel de Santo Domingo de Heredia.

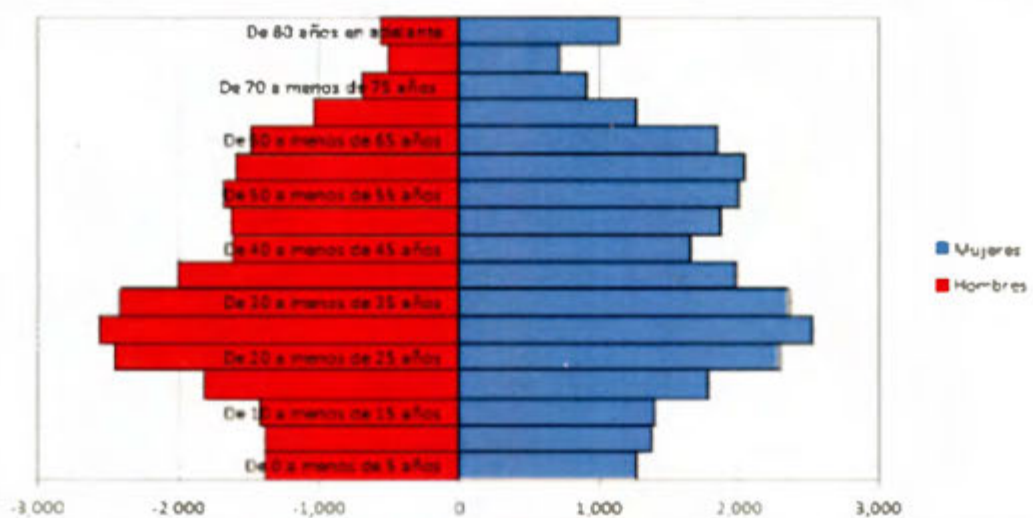
Ilustración 9. Área de atracción Clínica Integrada de Tibás, Lic. Rodrigo Fournier G.



Fuente: tomado de ASIS, 2015, P.37

La población adscrita a este centro de salud corresponde a aproximadamente cincuenta y cinco mil personas. (Cruz, 2013, p. 53), de ese total, un 12,37% (6802) representa a personas adultas mayores de 65 años (ASIS, 2015, p.2). Como se mencionó anteriormente este grupo etario es mayor en comparación con el resto del país, y a su vez se debe destacar que la pirámide poblacional (gráfico 1) de esta zona muestra que este patrón se va a mantener, reforzando la necesidad de trabajar desde una estrategia de promoción de la salud con esta población.

Gráfico 1. Pirámide poblacional Clínica Integrada de Tibás Lic. Rodrigo Fournier Guevara, 2015.



Fuente: Departamentos Actuarial de la C.C.S.S., tomado por la Clínica de Tibás.

Desde los niveles de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social, esta cooperativa funciona como un primer nivel de atención, debido a que ofrece servicios de salud asistencial, preventiva y de promoción de la salud. En el ASIS (2015) se identifican los siguientes servicios de salud:

- Consulta Externa, consulta de especialidades (psiquiatría, ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría);
Servicio de urgencias, visitas domiciliarias, programa de cirugía mayor ambulatoria, servicios de laboratorio clínico, servicio de farmacia, servicios de enfermería,

trabajo social y psicología, servicio de radiología, servicio de nutrición, servicio de odontología;

- Diversos programas, como programa de estilos de vida saludable, grupos socio-educativos, Museo regional del arte costarricense, auditorio destinado a actividades comunales y educativas.

Desde años atrás la Clínica de Tibás viene reestructurando su oferta de servicios, para que estos pasen de responder como modelo biopsicosocial a uno de Promoción de la Salud, destinado a “establecer las políticas públicas que permitan un mayor control sobre las condiciones de vida y calidad de vida, además busca desarrollar en las personas habilidades y competencias para mejorar la salud y calidad de vida y también crear espacios saludable” (ASIS, 2015, p.62).

Es en este marco que se plantea el presente proyecto, debido a que unos de los beneficios del mismo es el desarrollo de habilidades y competencias para mejorar la salud y la calidad de vida de un grupo de personas de preocupación e interés para la clínica.

4.2 Análisis de los datos

Para el abordaje del análisis de resultados del proyecto “Envejecimiento Saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas de un grupo de personas adultas mayores pertenecientes a la Clínica Integrada de Tibás” se usó la técnica de la triangulación. Esta consiste según Murillo (2013), en una metodología evaluativa que tiene como finalidad demostrar la coherencia interna del trabajo, por medio de la triangulación entre los resultados obtenidos, marco referencial y objetivos.

Esta síntesis de resultados busca identificar el alcance del objetivo general, que corresponde al fortalecimiento de las capacidades cognitivas orientadas a un envejecimiento saludable desde el enfoque de Promoción de la Salud, por medio del análisis de los resultados obtenidos en las sesiones efectuadas y sistematizados a través de los instrumentos de evaluación aplicados a la población adulta mayor que participó en las ocho sesiones educativas impartidas en la Clínica Integrada de Tibás.

Los instrumentos con los cuales se recopiló la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos planteados se recopilaron por medio de: la lista de asistencia en las sesiones, las guías de observación, los informes de lluvia de ideas escrita y los test de Valoración Cognitiva MoCA y el Katz (ver anexo 5,6,7,8,9,10 y 11).

Por último, el análisis de resultados se organizó según los objetivos específicos desarrollados durante el proyecto. El primero de estos comprendió las características sociodemográficas y las capacidades cognitivas, así como de los factores protectores y de riesgo durante el proceso de envejecimiento. El segundo se enfocó en la percepción del proceso de envejecimiento que experimenta esta población; posteriormente, en tercer lugar, se promovió el reforzamiento de estas capacidades y la adopción de prácticas saludables mediante el proceso educativo realizado.

En cuarto lugar, se valoró el durante y el después del proceso educativo mediante los resultados que arrojan las pruebas MoCA y el Katz, con la intención de comparar los mismos. Finalmente, se plantearon las líneas de acción en promoción de la salud que se recomiendan seguir para reforzar las capacidades cognitivas y propiciar un envejecimiento saludable en esta población, a partir de la experiencia de este proyecto.

Caracterización de la Población Adulta Mayor de la Clínica Integrada de Tibás según las capacidades cognitivas, los factores protectores y de riesgo que tienen en el proceso de envejecimiento que están experimentando.

El primer objetivo específico buscó caracterizar a la población con la cual se realizó el proyecto, por ende, a continuación, se presentan determinadas características sociodemográficas, los resultados de las pruebas evaluatorias de las capacidades cognitivas identificadas en la población, así como la percepción respecto algunos de los factores de protección y de riesgo que se presentan en el proceso de envejecimiento que la población meta experimentaba.

Características Sociodemográficas

Las características sociodemográficas son definidas por estos investigadores, como las particularidades sociales y demográficas que identifican la realidad de una población en términos de género, edad, estado civil, ingreso económico, estado ocupacional, nivel de escolaridad, lugar de domicilio, con quien vive, los motivos por los cuales asiste a la clínica y actividades que realiza en su tiempo libre.

Con respecto a la variable edad, la misma varía desde los 62 hasta los 82 años, con un promedio de edad del grupo meta de 70.41 años, se encontró que hay varias modas, las cuales son: 66, 68, 69 y 73 años. En la siguiente tabla se especifican estos datos según sexo.

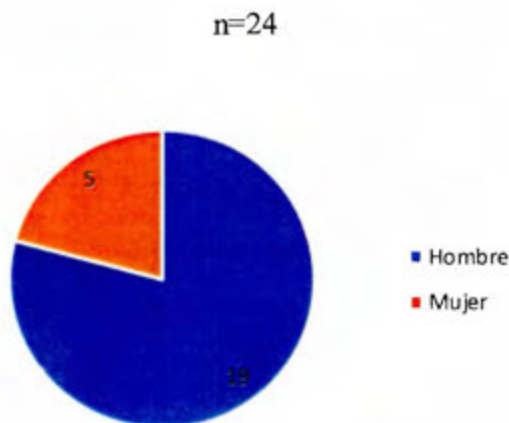
Tabla 2. Distribución de la edad según sexo y medidas de tendencia de los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018

Variable	Hombre	Mujer
Rango	66 - 82	62 - 78
Promedio	72.2	70.41
Moda	No hay	69

Fuente: elaboración propia (2018).

Respecto al sexo, predominaron las mujeres con un total de 19, la distribución por sexo se puede apreciar en el gráfico N°2.

Gráfico 2. Distribución porcentual según sexo de los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018

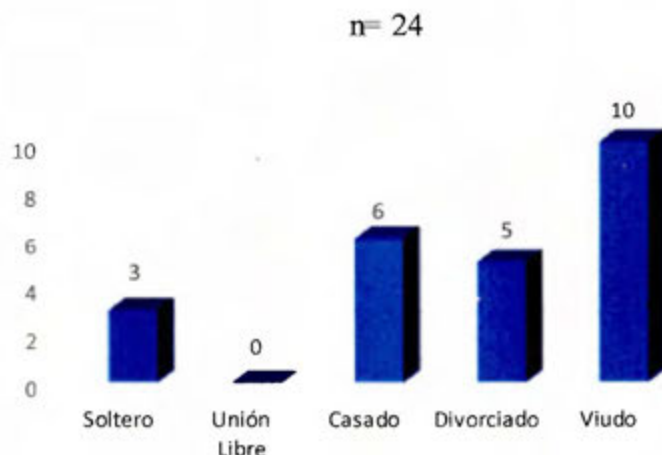


Fuente: Elaboración Propia (2018).

Cabe resaltar que por la intención del estudio no se profundizó en aquellos factores que inciden en la diferencia en la participación mayoritaria de las mujeres en comparación con la de los hombres.

En cuanto al estado civil, el grupo mayoritario que predominó son las personas viudas, seguidamente de las PAM casadas, posteriormente se encuentran los divorciados y la menor parte corresponde a personas solteras. Se resalta que ninguno de los participantes se encuentra en unión libre y se destaca que dentro del grupo participó una pareja de esposos (ver gráfico 3).

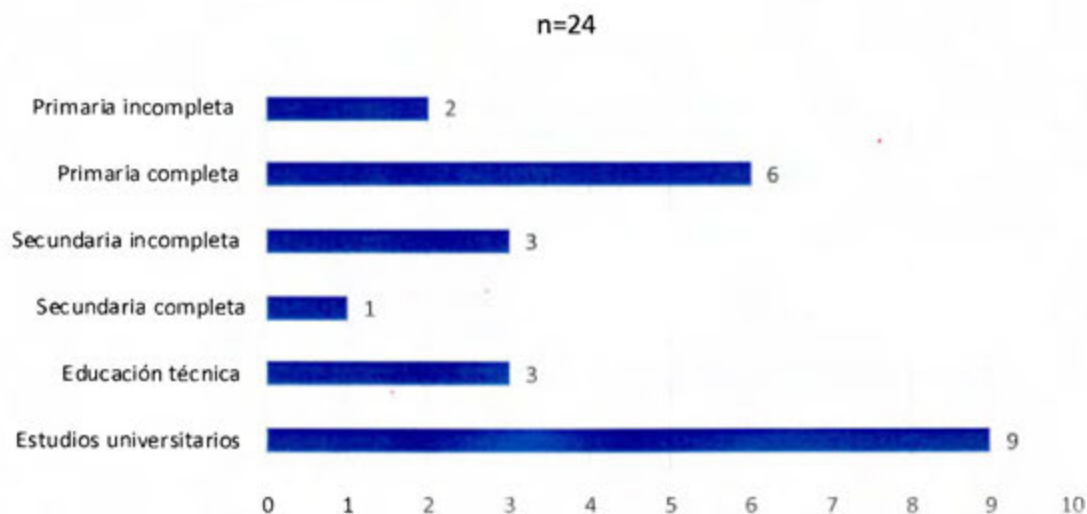
Gráfico 3. Distribución porcentual según estado civil de los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018



Fuente: Elaboración propia (2018)

El nivel de escolaridad alcanzada varió desde aquellas personas que no pudieron terminar la primaria hasta aquellas que tienen títulos universitarios. Sin embargo, el grupo que predominó fueron aquellas PAM que concluyeron sus estudios universitarios, seguidamente de las personas que alcanzaron una carrera técnica.

Gráfico 4. Distribución porcentual según nivel de escolaridad alcanzada por los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018

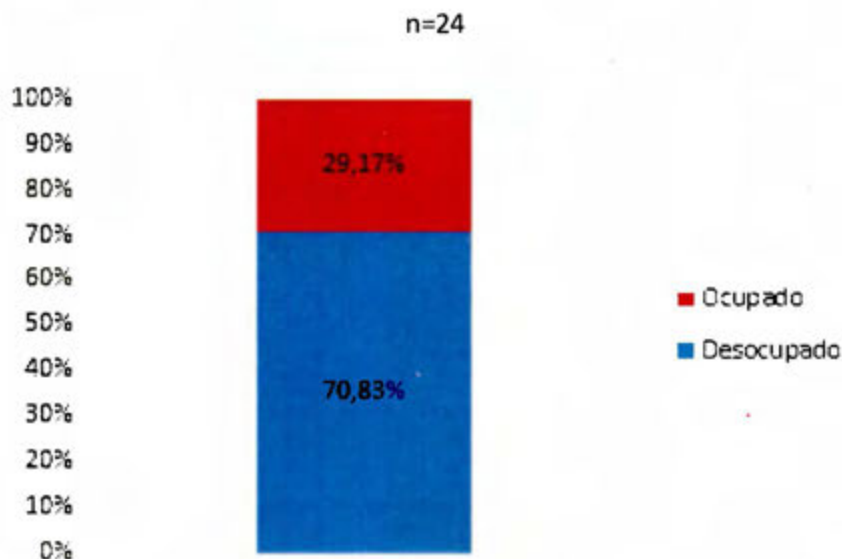


Fuente: Elaboración propia (2018)

Esta variable es un factor sumamente importante para esta investigación, puesto que, la Escala de Valoración Cognitiva MoCA, que tiene como objetivo medir el grado de deterioro cognitivo de la persona adulta mayor, está influida por el grado académico de la población, ya que esta prueba otorga un punto adicional si el participante tiene menos de 12 años de estudios.

Respecto a la situación laboral, es decir, si la población meta actualmente forma o no parte activa de la fuerza laboral, se encontró que la mayoría de los participantes se mantienen desocupados (ver gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución porcentual según situación laboral por los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018



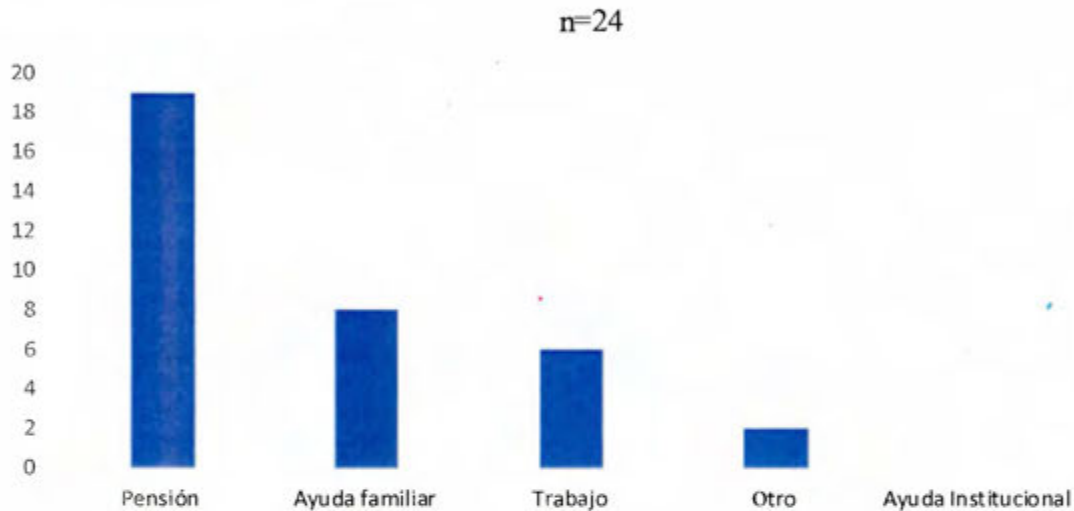
Fuente: Elaboración propia (2018)

Entre las personas ocupadas, se engloban aquellas PAM que realizan actividades remuneradas como lo son: modista, chofer de taxi, trabajos en contaduría, litigante, agente de ventas y costurera.

Independientemente de si la persona labora o no, se identificó que toda la población meta cuenta con una fuente de ingresos, la que predomina en el grupo es de tipo pensión,

posteriormente le sigue la ayuda brindada por algún familiar y también por concepto de trabajo. Cabe señalar que ninguno de los participantes recibe ayuda de alguna institución y una solamente una PAM tiene una casa de alquiler, lo cual le genera ingresos adicionales (ver gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución porcentual según fuente de ingreso de los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018

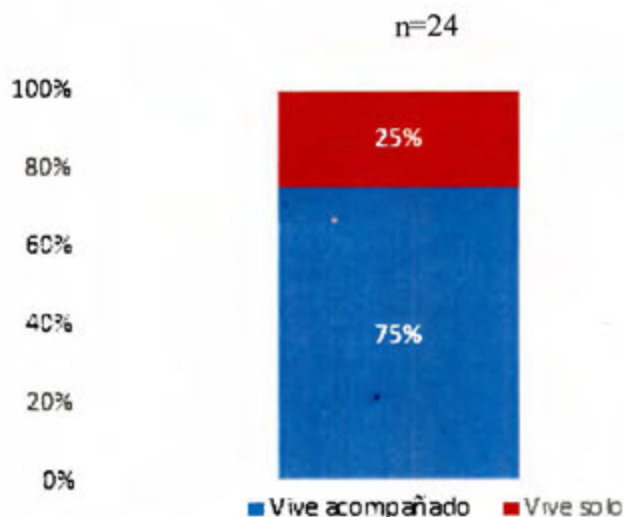


Nota: hay PAM que tienen ayuda económica de dos fuentes.

Fuente: Elaboración propia (2018).

Referente al tipo de convivencia, se identificó que la mayoría de los participantes vive acompañado, específicamente mencionaron que con familiares, entre los cuales están: conyugue , hijos, hermanos y nietos (ver gráfico 7).

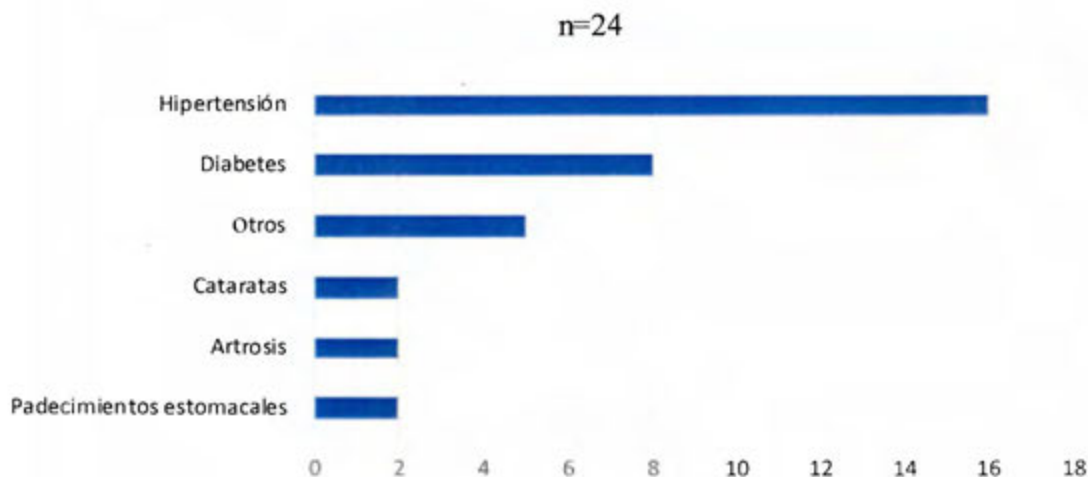
Gráfico 7. Distribución porcentual según tipo de convivencia de los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018



Fuente: Elaboración propia (2018)

Asimismo, se les consultó a los participantes respecto a su asistencia a la Clínica Integrada de Tibás, a lo cual solamente una persona indica que no asiste por ningún motivo a la Clínica Integrada de Tibás (ver gráfico 8). Ante esto se indago sobre las razones/motivos por los cuales lo hacen. Las PAM señalaron asisten a la clínica por control de enfermedades, tanto crónicas como gripes. El siguiente gráfico resume los padecimientos predominantes en este grupo.

Gráfico 8. Distribución porcentual según enfermedad en control en la Clínica Integrada de Tibás de los participantes del grupo de PAM en estudio de dicha clínica, 2018



Nota: una persona puede sufrir varias enfermedades

Fuente: Elaboración propia (2018)

Por el gráfico anterior, se observa que la Hipertensión Arterial (HTA), es el padecimiento por el cual las PAM del grupo consultan y se mantienen en control, seguidamente de la Diabetes Mellitus (DM). Este tipo de enfermedades afectan la calidad de vida de las personas, por ende, es importante brindarle a esta población alternativas no farmacológicas así como motivarlas a incorporar y/o mantener hábitos de vida saludables.

Características cognitivas

La otra característica analizada para efectos de este primer objetivo corresponde a las capacidades cognitivas, las cuales se entienden como aquellas destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea, además son las trabajadoras de la mente y las facilitadoras del conocimiento al ser las responsables de adquirirlo y recuperarlo para utilizarlo (Reed, citado por Ramos, 2010).

Para la recopilación y análisis de estas destrezas en la población meta se utilizó el Test de Valoración Cognitivo MoCA, que como lo menciona Pedraza et al. (Citado por Carrillo, 2017), esta prueba tiene como finalidad identificar cambios en el funcionamiento cognitivo, valora los dominios de memoria, atención y concentración, funciones ejecutivas, lenguaje, habilidades visuoespaciales, pensamiento conceptual, cálculo y orientación. Esta escala de valoración cognitiva evalúa varios dominios.

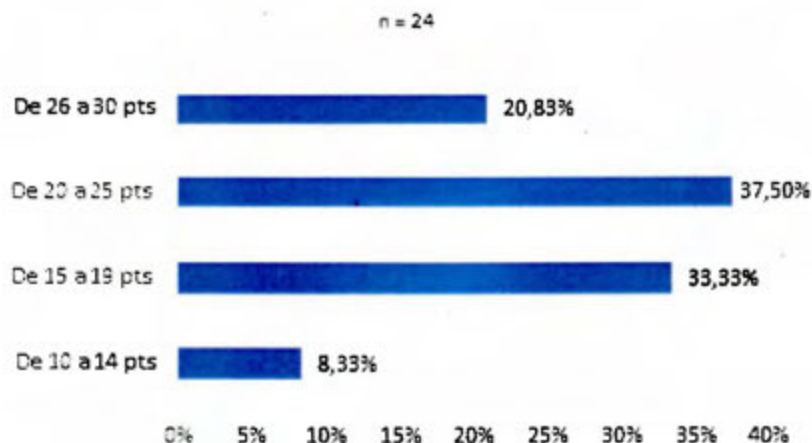
Es una prueba donde el puntaje máximo es de 30 puntos y para considerar que la persona no tiene deterioro la misma debe obtener como mínimo 26 puntos, y que según López et al. (2009), el MoCA se distribuye de la siguiente manera:

- La Memoria consta de dos ensayos de aprendizaje de 5 palabras (no puntúan) y se pregunta de forma diferida a los 5 minutos aproximadamente. Se otorga 5 puntos

- La capacidad visuoespacial se evalúa con el test del reloj (3 puntos) y la copia de un cubo (1 punto)
- La función ejecutiva se evalúa con diferentes tareas :Una tarea de alternancia gráfica adaptada del Trail Making Test B (1punto), una de fluencia fonémica (1 punto) y dos ítems de abstracción verbal (2 puntos)
- Atención/concentración/memoria de trabajo: se evalúa mediante una tarea de atención sostenida (1 punto), una serie de sustracciones (3 puntos) y una de dígitos (2 puntos)
- Lenguaje: se valora con tres ítems de denominación por confrontación visual de 3 animales de bajo grado de familiaridad (3 puntos), repeticiones de dos frases completas (2 puntos) y la tarea de fluencia antes mencionada.
- Orientación: se evalúa la orientación en tiempo y espacio (6 puntos)

Considerando esta rúbrica, se procede a describir el gráfico nº9 en cuanto al resultado obtenido por las personas participantes. El mayor rango de puntos por parte de los participantes rondó entre los 20 y 25 puntos, seguido del rango entre 15 a 19 puntos. Solamente 5 de las PAM obtuvieron igual o mayor a 26 puntos. Finalmente, 2 participantes una vez realizado el test cognitivo, se encuentran en el rango de 10 a 14 puntos, estos mismos son los que indicaron que no concluyeron la primaria.

Gráfico 9. Distribución porcentual según el resultado de la valoración cognitiva obtenida a través del MoCA de los participantes del grupo de PAM en estudio de la Clínica Integrada de Tibás, 2018



Fuente: Elaboración propia (2018)

Basado en lo anterior, se procede a promediar los dominios cognitivos de la población en estudio.

Tabla 3. Resultados de los dominios cognitivos obtenidos a través de la prueba MoCA aplicado a las PAM del grupo de la Clínica Integrada de Tibás, 2018

Dominio	Total en puntos MoCA	Promedio PAM
Memoria	5	1,91
Capacidad Visuoespacial	4	2
Función Ejecutiva	4	2,83
Atención/Concentración	6	4,08
Lenguaje	5	3,87
Orientación	6	5,37
Total	30	20,06

Fuente: Elaboración propia.

Se observa con la tabla anterior, que los dominios en los cuales se presentó menos puntuación por parte del grupo PAM, son: La memoria, las capacidades visoespaciales y las funciones ejecutivas. El dominio con mayor cantidad de puntos en relación a su totalidad, es el referente a la orientación, que preguntaba el día del mes, mes, año, día de la semana, lugar y localidad.

Aunado a la aplicación del Test MoCA también se implementó la Escala Katz, la cual busca medir el nivel de independencia en el desarrollo de ciertas actividades propias del diario vivir. El índice de Katz presenta 8 posibles niveles, que se mencionan a continuación:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del servicio sanitario y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del servicio sanitario, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Según Fernández (1992b, citado por Lucas, 2003) el índice de Katz puede puntuar de dos formas. Una es considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad se realiza de forma independiente y 1 punto cuando la actividad requiere ayuda o del todo no se realiza.

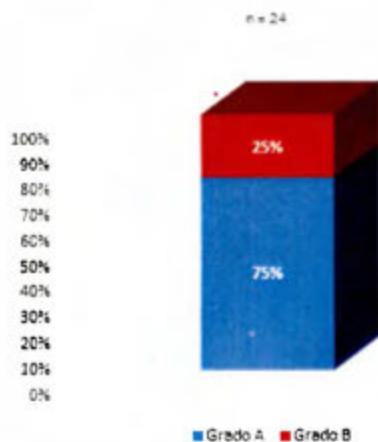
La otra forma de puntuar es la que describen los autores en la versión original, y se trata de considerar los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia; siempre atendiendo al orden jerárquico del índice al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente

Por lo tanto, y según estos autores se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0-1 puntos= Ausencia de incapacidad o incapacidad leve
- Grados C-D o 2-3 puntos= Incapacidad moderada
- Grados E-G o 4-6 puntos= Incapacidad severa.

A los 24 participantes del estudio se les aplicó la Escala Katz, de valoración funcional y cognitiva, en donde se les preguntó por 6 AVD. Se evidenció que estas personas del grupo tienen ausencia de incapacidad o incapacidad leve (ver gráfico 10). Se detalla que las 6 personas que presentan algún grado de dependencia en alguna actividad, es precisamente en la **continencia** fecal, donde manifestaron que han sufrido de accidentes “ocasionales”, asimismo, solo en un caso, una persona padece de estos accidentes, posterior a una intervención quirúrgica.

Gráfico 10. Distribución porcentual del grado obtenido según el puntaje alcanzado en el Índice de Valoración Funcional Katz de los participantes del grupo de PAM de la Clínica Integrada de Tibás, 2018



Fuente: Elaboración Propia a partir de los resultados (2018)

Prácticas saludables

Aunado a estos rasgos sociodemográficos del grupo de estudio, se reconocieron otras características a considerar en el análisis de la población meta. Estas particularidades están relacionadas a percepciones y opiniones que tenían los y las participantes previo al proceso educativo, las cuales se vinculan con la concepción de salud y la identificación de factores que influyen (ya sea positiva o negativamente) en este.

Para ahondar en ello, primeramente, es importante profundizar en el concepto de salud, este concepto ha sufrido a través de los años una serie de variaciones, y como se muestra en el apartado de marco teórico existen una variedad de concepciones de la misma, por ende, se abordó el significado que tenía la población adulta mayor respecto a esta, a nivel individual y grupal.

A nivel individual, se identificó que solo un 12.5% de los y las participantes no respondieron la interrogante ¿qué es salud?, mientras que el resto de la población anotó su opinión respecto al tema, y algunas de las afirmaciones fueron:

- “Es una condición que implica falta de enfermedad, es una condición que me permite disfrutar mi vida sin medicamentos”* PAM 5
- “Es poder levantarse y pasar el día”* PAM 6
- “Tener cuidado de protegernos en diferentes cuidados para nuestro beneficio”* PAM 8
- “Buen estado orgánico, fisiológico, anímico, espiritual”* PAM 9
- “Estar bien mental y físicamente”* PAM 12
- “Es un estado de cualquier ser vivo que le produzca gran satisfacción, por sí solo y en forma autónoma”* PAM 13.
- “Aprender buenos hábitos para prevenir enfermedades”* PAM 14
- “Estar bien, tanto física como mentalmente”* PAM 15
- “Tener cuidado en comidas”* PAM 17
- “Hacer ejercicio, alimentarse bien sano como comer carnes, verduras. Hacer meriendas, comer 6 veces al día”* PAM 20
- “Es el estado de nuestro cuerpo o el de cualquiera que se encuentra en buen estado mental y operacional”* PAM 21
- “Alimentación sana. Preocuparnos por la salud, visitar médico. Participar en grupos. No encerrarnos en la casa (no es bueno). Hacer deporte. Descansar durante el día un ratito”* PAM 22
- “Estar en óptimas condiciones físicas, mentales, espirituales y emocionales”* PAM 23
- “Es todo en la vida, sin salud no somos nada, para que dinero y todo lo demás, sin salud no somos nada”* PAM 24

A partir de estas, se puede observar como casi todas las personas participantes hacen referencia a aspectos como: es un bienestar físico, social y espiritual; el desarrollo de ciertos hábitos, como alimentación adecuada y realización de ejercicio; y la disociación entre salud y enfermedad.

Asimismo, en la actividad grupal, con la cual se buscó concretar una definición de salud para el grupo, esta no varía tanto de lo expuesto a nivel individual, ya que la población meta hizo hincapié en dos aspectos que son disonancia con lo positivista del concepto, los cuales son: estado y ausencia de la enfermedad.

Lo que dio pie a una discusión (guiada por los promotores de la salud) sobre el peso de estos en la definición planteada, esto debido a que, la salud surge de un proceso con diferentes factores (sociales, ambientales, físicos, emocionales, espirituales, entre otros), por lo cual no puede verse como un estado único, porque este excluye todo aquello que puede afectar la salud de la población, planteando una situación cerrada y estática.

Y, en segundo lugar, se abordó el tema de la ausencia de enfermedad, ya que se ahondó si se podría tener salud o hablar de estar saludable si se padece alguna enfermedad, a lo cual los y las PAM mencionaron su propia experiencia, ya que todos y todas padecen de alguna enfermedad, y que aun así se sienten con salud y realizan acciones y/o actividades saludables que mejoran su calidad de vida.

Por ende, la definición inicial planteada por ellos y ellas se conservó con la exclusión de estado y ausencia de enfermedad, estableciendo que la salud integra el *“bienestar físico, mental, social, espiritual, emocional, e involucra desarrollar hábitos saludables que mejoren la calidad de vida, como alimentarse bien, no tener vicios, hacer ejercicios, descansar, dormir bien, entre otros”*. (Grupo PAM, Clínica Integrada de Tibás, 2018).

Una vez concretada la definición de salud, se abordaron ciertos elementos que inciden (positiva o negativamente) en la misma, por lo cual, a partir de las expresiones que

decían los y las participantes se logró identificar algunos de los factores de riesgo y de protección contemplados en este proyecto son visualizados por la población meta.

Primeramente, es importante señalar que estos factores de protección y de riesgo no fueron reconocidos como tal por la población en estudio, sino más bien los enmarcaron en prácticas saludables o que perjudican negativamente la salud y por ende la calidad de vida de las personas. Por ejemplo, mencionan que la salud es *“aprender buenos hábitos para prevenir enfermedades”* PAM 14; por lo que a continuación se presentan un listado de estos factores.

Factores de protección

Alimentación saludable

Desde la definición planteada por la población respecto a salud se hace alusión al papel que tiene una alimentación saludable/adecuada en la calidad de vida de las personas, lo cual se puede apreciar en las siguientes afirmaciones:

“comer sano: poquito de cada cosa que comemos. Ejemplo: Alimentación. 1. Toda clase de frutas. 2. Ensaladas verdes. 3. Tomar suficiente agua. (...) 6. Comer carnes rojas. 7 comer carne, pollo.” PAM 18.

“Alimentarse adecuadamente (hacer ejercicios) y tener vida social, etc” PAM 16

“Tener cuidado en comidas” PAM 17

“... alimentarse bien sano, como comer carnes, verduras. Hacer meriendas, comer 6 veces al día” PAM 20

Aunado a esto, previo a la sesión en la que se abordaría el tema de alimentación adecuada se identificó el interés de la población en el tema, como consecuencia del reconocimiento de la importancia que tiene una alimentación de este tipo en la población, principalmente en las PAM. Asimismo, se determinó que algunos y algunas de los y las participantes tenían conocimientos relacionados a lectura de etiquetas, esto debido a que

habían recibido charlas anteriormente como parte de las actividades desarrolladas por la Clínica; sin embargo, se reconoció que existían muchas dudas y vacíos respecto al tema. Además, se observó un gran interés por conocer cómo alimentarse mejor.

Actividad Física

Al igual que la alimentación saludable, la actividad física fue un factor de protección que la población de estudio destacó a partir del inicio del proyecto, ya que mencionaron esta actividad desde la definición de salud (qué fue lo primero que se hizo como parte del proyecto), ya que en las fichas que las PAM llenaron escribieron:

“Alimentarse adecuadamente (hacer ejercicios) y tener vida social, etc.” PAM 16

“(...) Ir al médico. 5. Hacer ejercicio (...)” PAM 18

“Hacer ejercicio, (...)” PAM 20

“(...) Hacer deporte. Descansar durante el día un ratito” PAM 22

Aunado a esto, en la sesión en la que se abordó el tema de actividad física y ejercicio, las personas participantes tenían claridad en los conceptos, esto debido a que participaron y/o participan en grupos de actividad física (por ejemplo, de Zumba) promovidos por la clínica, lo cual propicia a que la población en estudio sea consciente de la importancia y necesidad de realizar actividad física, así como que tengan claridad respecto a los beneficios de ello.

Autonomía

En primer lugar, la autonomía es visualizada por la población en estudio desde el concepto de salud, ya que hicieron alusión a que la autonomía es una manifestación de la salud, asimismo, cuando se abordó la temática de envejecimiento y percepciones de este en la sociedad costarricense, las PAM realizaron una serie de comentarios y opiniones con los

cuales se denota que la autonomía es un eje importante para la salud y para la población adulta mayor, debido a que esta es un rasgo que tienden a perder o les quitan.

Y respecto a esto último, este grupo presentó una posición muy fuerte respecto a que esto no debería ser así, ya que las PAM tienen un amplio conocimiento basado en aprendizajes y experiencias, sin embargo, las personas alrededor o los cuidadores tienen a infantilizarlos lo cual les afecta negativamente en su desarrollo personal y a largo plazo en su salud.

Autocuidado

Se evidenció que muchas de las personas participantes en el proceso conocen como cuidarse y llevar un estilo de vida activo y cuales son los cuidados necesarios para mantener una buena salud y controlar las enfermedades que padecen. Sin embargo, se identificó un alto interés por aprender nuevas formas de mejorar su calidad de vida, y se observó una constancia en la aplicación de las recomendaciones brindadas en el proceso educativo, como por ejemplo, en la incorporación de actividades desarrolladas por la mano no dominante, o divulgación de los aprendizajes obtenidos en el proyecto como parte de sus actividades rutinarias.

Factores de riesgo

Respecto a los factores de riesgo, estos no fueron abordados como los factores de protección, sin embargo, por medio de estos se puede observar cómo la población meta intenta o es consciente de disminuirlos, debido a que al promover o considerar la importancia de un factor de protección como realizar actividad física, en cierta parte se contrarresta un factor de riesgo, por ejemplo, en este caso el sedentarismo.

A manera de conclusión, por diversos factores, como por ejemplo por el nivel de escolaridad, las experiencias vividas, la participación en otros grupos, o la socialización con pares, se evidenció que la población de estudio muestra conocimiento respecto al tema de salud, así como diversos factores de protección y de riesgo, aunado a una buena disposición

y entusiasmo por aprender más respecto a esto, para así mantener y/o mejorar su calidad de vida actual y futura.

Estudio de la percepción acerca del proceso de envejecimiento que experimenta la población adulta mayor de la Clínica Integrada de Tibás

Debido a que el objetivo general de este proyecto es la búsqueda de un envejecimiento saludable, se consideró que se debía estudiar la percepción que la población en estudio tiene respecto a esta. Para ello se intentó identificar la misma de manera individual, por medio de preguntas específicas que respondió cada uno de los participantes, y de forma grupal, a través de actividades que generaron discusión de grupo.

A nivel grupal se les pregunto a la población meta ¿qué es para ustedes el envejecimiento? Ante lo cual los participantes respondieron:

“Perder capacidades” PAM 1, sin embargo, ante esta acotación, la gran mayoría de los participantes reaccionaron estar en desacuerdo.

“Entrar en una nueva etapa, una etapa más avanzada. El estado de uno como persona a través de los años” PAM 3

“El envejecimiento es como el transcurso del tiempo en el organismo” PAM 7

“Todos los días tenemos un día más de vida, y hay que aceptarlo. Ya la vista vamos perdiéndola y por eso hay que usar anteojos, ya no puedes correr, aunque no nos guste hay que aceptarlo” PAM 8

“En unos casos es más avanzado que en otros, en unos casos es físico o en otros es solamente mental, ya que hay gente que envejece a los 30 años, 40 años. Hay gente de mucha edad que no se siente viejo” PAM 11

“¿Qué otra manera se puede llamar a la vejez?, ya que para mí significa acumular años, más experiencia, más precauciones. Hay que entender, que una como adulto mayor puede

aconsejar a una persona más joven, debido a que uno tiene más vida. Resulta que le digan vieja, o vejez es preocupante. Si existiera una forma de decirle diferente a la vejez ¿cómo sería?” PAM 12

“Para mi envejecimiento es sabiduría” PAM 13

“Para mi envejecer es ya no estar joven” “Profe, yo creo también que muchas veces, esos procesos son mentales, lo que la mente quiere proyectar, lo que piensa, la actitud, dice que el 10% es la oportunidad y el 90% es la actitud, según el enfoque con que usted ve las cosas de tu vida.” PAM 19

Se puede apreciar como la población hace referencia al envejecimiento como un estado que se presenta después de cierta edad y que se relaciona con el término de vejez o tercera edad. Esto último discrepa de lo propuesto para efectos de este proyecto, ya que en este se visualiza el envejecimiento como un proceso presente a lo largo de la vida, esto según lo planteado por Garamendi, Delgado, & Amaya (2010) y por Cabras (2012).

Además, la población meta asocia este término con cambios a nivel físico y mental que pueden deteriorar la calidad de vida de las personas, lo cual concuerda con lo expuesto por Garamendi, Delgado & Amaya (2010), quienes mencionan que el envejecimiento es un proceso universal y que se encuentra vinculado a todos los seres vivos, por ende está asociado a la disminución de las funciones fisiológicas y mentales.

Aunado a esto, la población meta, además de los cambios (físicos y mentales) que se presentan, relacionan el envejecimiento con sabiduría, resultado de las experiencias vividas, por lo cual a pesar de que asocien el envejecimiento con edades específicas, no se nota una actitud negativa o despectiva respecto a este término, sino por el contrario, mencionaron que se deben tener ciertos cuidados para vivir mejor, que es una etapa que debe ser valorada por todas las vivencias y la experiencia adquirida a través de los años.

El tema de la sabiduría adquirida como consecuencia de lo vivido a través de los años, también es un hecho contemplado en este proyecto, y además es un aspecto al que

hacen alusión algunos autores como por ejemplo Lau (1999), quien menciona que la sabiduría es resultado de los años y las experiencias vividas, estas últimas influenciadas por momentos históricos y contextos sociales.

Por ende, se puede concluir, que la visión general que posee la población meta respecto al tópico de envejecimiento -a excepción con el planteamiento de estado (ya que para este proyecto se contempla como proceso)- coincide con la perspectiva bajo la cual se planteó este trabajo.

Asimismo, la población meta también hizo mención de algunos de los determinantes del proceso de envejecimiento, por ejemplo, cuando se refieren a ciertos aspectos biológicos cambiantes, algunos participantes mencionaron:

“Yo pienso, que la salud mental, alimentación, ejercicio, como desarrollar una actividad, eso va ayudando a los que estamos en este proceso” PAM 1

“Proceso de cambios que dependerá mucho del estilo de vida, de la actitud” PAM 9

Se puede observar como contemplan determinantes personales, ya que hacen referencia a: (1) factores biológicos, como lo son los cambios en las capacidades físicas y mentales, deficiencia en las funciones sensoriales y cognitivas; y (2) factores conductuales, ya que mencionan prácticas saludables, el estilo de vida y el autocuidado.

Estos también son contemplados en lo expuesto por el Ministerio de Salud (2015), y a pesar de que este ente expone que el proceso de envejecimiento conlleva una variedad de factores que lo determinan (ver figura 4), se debe de destacar que la población participante contemple algunos de estos, a pesar de que sean solo parte de los determinantes personales y que no reconozcan la influencia de los determinantes del entorno.

A su vez, también se le preguntó a la población como entendía el concepto de envejecimiento saludable, y solo un 12.5% de los participantes no respondieron. Algunas de las respuestas de las PAM que respondió fueron:

"Envejecimiento inteligente" PAM 1

"Pienso que es la capacidad de envejecer consciente de las enfermedades sin sentirse mal y aceptar las dolencias" PAM 2

"Es un tesoro, no tiene precio, tenemos que cuidarnos" PAM 3

"Ser feliz al envejecer cuidando nuestra salud" PAM 6

"Envejecer manteniendo un buen estado integral del cuerpo" PAM 7

"Llegar al envejecimiento con capacidades mentales y físicas sin necesidad de ayuda" PAM 8

"Salud plena" PAM 9

"Acudir por ayuda para tener salud física y mental" PAM 10

"Es el conocimiento y puesto en práctica de actos que permiten sentirse feliz, a pesar de los años que se vayan cumpliendo" PAM 11

"Prevención en cuanto a buenos hábitos ya sean físicos como mentales para valorarnos así mismos y hacernos independientes" PAM 12

"Es aprender a cuidarme, física y mentalmente, para que pueda llevar una vejez plena" PAM 13

"Es tener calidad de vida (cuidarse)" PAM 14

"Comportamiento, memoria, alimentación, lenguaje" PAM 15

"Que se nos enseñen a vivir más sanamente" PAM 16

"Comer bien. Hacer ejercicios. Tener actividades varias. Tener amistades" PAM 17

“Aprender que debo hacer ahora (en esta edad que tengo) para enfrentar la próxima etapa con mayores herramientas” PAM 18

“Es la manera de envejecer en lo posible con nuestras capacidades auditivas, motoras y demás de nuestro cuerpo para una mejor vejez” PAM 20

“Alimentarse. Comer bien. Envejecer bien” PAM 21

“Alcanzar los años que Dios nos permita vivir en condiciones saludables de acuerdo a la edad” PAM 22

Como se puede apreciar en términos generales la población en estudio hace referencia a que el envejecimiento conlleva una serie de cambios, y que muchas veces se presentan algunas enfermedades; se deben aprender los cuidados necesarios para tener una mejor calidad de vida, y también se debe aceptar los padecimientos y se reconoce la importancia de saberlos y tener las herramientas para controlarlos.

Esto concuerda con lo planteado en el 2015 por la OMS, que define el envejecimiento saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p.28).

Además, la población meta contempló ciertos factores que pueden incidir en que el envejecimiento sea saludable, como lo son los factores de protección, definidos por Eisenstein como “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación” (citado por Barrantes Solano, Marín Valenciano, Murrillo Vindas, 1998, p.36).

Estos autores plantean una serie de factores de protección -y de riesgo- (ver figura 5), algunos de estos se pueden extraer de los enunciados sobre envejecimiento saludable que dieron las PAM, como, por ejemplo, autocuidado, desarrollo de capacidades cognitivas, alimentación adecuada, realización de actividad física, afecto y apoyo emocional y educación en salud.

Este último fue un motivador de la participación de la población en el proyecto, ya que la identificación por parte de ellos de aprender sobre cuidados para su salud los influenció a involucrarse en este proceso, además varias PAM hacían constantemente alusión a que para alcanzar un envejecimiento saludable es necesario aprender sobre ello, con lo cual se refieren a un proceso de aprendizaje.

Una vez contemplados estos dos conceptos, se indagó sobre el envejecimiento desde opiniones y hechos específicos, para lo cual se realizaron dos actividades, la primera fue un juego de verdad o mito y la otra fue una explicación desde su perspectiva.

En la primera actividad (verdad o mito) se presentaron una serie de mitos relacionados con el envejecimiento, y que dieron pie a discusiones que permitieron ver la percepción que tiene la población respecto a este proceso de ser adulto mayor; ya que se evidenció, en varios aspectos, que los conocimientos de la población respecto a esta etapa de la vida son acertados. Se debe a que tienen un concepto amplio y claro respecto a lo que el envejecimiento engloba desde diferentes niveles y los cambios en cada uno de estos.

Se debe resaltar que la población tiene claro que no todas las personas envejecen por igual, ya que esto depende de cada uno y su forma de vivir. Además, reconocen que hay cambios que se presentan en todos los seres humanos (a pesar de que no es en el mismo grado), sin embargo, estos no son visualizados de manera negativa. Asimismo, identifican que la vejez no es una enfermedad, aunque en esta se pueden presentar una serie de padecimientos.

Además de esto, los participantes identificaron una serie de mitos que se relacionan a las PAM y su ambiente familiar, como por ejemplo que se presenta una pérdida de autonomía con lo que se recarga a la familia, todo debido a que son proclives a sufrir accidentes, además no son capaces de recibir noticias negativas, y por todo esto se deben de tratar como niños; que las PAM no son capaces de producir ingresos económicos; que esta población debería residir en hogares de ancianos; que estas personas se vuelven una carga para su familia y para la sociedad.

Asimismo, se reconocieron estereotipos respecto a las personas adultas mayores y su carácter en relación con otras personas, por ejemplo, en el primer caso se definió que las PAM no tienen mal carácter, que este depende de la persona y no de la edad. En segundo lugar, muchas veces se cree que a esta población le gusta estar sola, pero las interacciones con otras personas no están sujetas a edades, sino a formas de ser, gustos, afinidades, cultura, entre otros aspectos.

A su vez, se reconocieron ciertas realidades de las PAM, como lo son que esta población tiene la capacidad y la habilidad de aprender cosas nuevas al igual como cualquier otra persona, y que tienen vida sexual. Pese a que en general los participantes respondieron acertadamente si era mito o verdad los enunciados que se les compartía, hubo un enunciado que generó debate, el mismo era *las PAM se deprimen mucho*, ya que algunas personas comentaban que era un mito y otras que era cierto.

Por ende, con esta actividad se logró determinar cómo la población meta visualiza el envejecimiento y la vivencia de este en la etapa de la vida que están experimentando, de lo cual se puede extraer que tienen una visión amplia y acertada de este proceso, y que entienden diferentes determinantes a nivel biológico, conductual, psicológico, social, político y ambiental (ver figura 4).

En términos generales, los mitos y estereotipos que existen y que se presentan en el contexto nacional respecto a la población adulta mayor puede generar una visión negativa de esta, sin embargo, los participantes consideran que esta etapa no debe estar afectada por esto, ya que es una etapa más de la vida y que puede ser muy bella.

Esto último también se evidenció en la actividad del marciano, en la que se le preguntó a la población participante sobre cómo son vistas las PAM en la sociedad costarricense y si se debe continuar con la forma en la que visualizan. Ante lo cual se los participantes mencionaron que en Costa Rica el trato que esta población recibe no es el adecuado, ya que no es dignificado ni tratado con respeto, ya que la vejez se visualiza como algo negativo.

Ante esto, los participantes proponen que se debería mejorar el trato, ya que la vejez es una etapa más de la vida, que debe ser dignificada por todos los aportes que pueden dar a las familias y a la sociedad, a raíz de las experiencias y los aprendizajes que han tenido a lo largo de los años.

En términos generales se determina que la percepción que posee el grupo meta respecto al proceso de envejecimiento que experimenta es positivo, real (por ejemplo se acerca a lo planteado por diferentes autores) y consciente de una serie de determinantes y factores que influyen positiva o negativamente en este proceso y en la salud de la población.

Promoción del reforzamiento de las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables en el envejecimiento mediante el desarrollo de un proceso educativo desde el trabajo en Promoción de la Salud

Este objetivo buscó trabajar varias líneas de acción planteadas para Promoción de la Salud, como por ejemplo creación de entornos saludables, reforzamiento de la acción comunitaria y desarrollar habilidades y actitudes personales. Para alcanzar estas se implementaron algunas de las estrategias recomendadas para este enfoque, como lo son: participación social, mercadotecnia social en salud y educación para la salud.

Las prácticas saludables buscaron reforzar por medio del enfoque de habilidades para la vida, ya que estas son definidas por la OMS (1993) como aquellas “capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana” (p.26). Algunas de las habilidades que se contemplaron para promover la adopción y el mantenimiento de estas prácticas fueron:

- El autoconocimiento, esta fue el primer paso a cualquier cosa, ya que sin conocerse a sí mismo, los participantes no podrían apropiarse de la información y las técnicas

abordadas en el proyecto, además de que esto fue una base para entender cómo aplicar las diferentes técnicas elegidas.

- Comunicación asertiva, fue clave para la difusión y percepción del mensaje, y como incentivar a que este se convirtiera en acciones mantenidas a través del tiempo.
- Relaciones interpersonales, las mismas siempre se consideraron debido a que se buscó crear un ambiente seguro y de armonía, que les permitiera a los miembros del grupo sentirse cómodos y ser participantes activos del proceso.
- Pensamiento crítico, se buscó que los participantes analizaran diferentes alternativas respecto a varios temas y al desarrollo de estos como parte de sus actividades diarias.
- Manejo de emociones y sentimientos, ya que el reconocer sus propias emociones y sentimientos, principalmente para el desarrollo de ciertas actividades, pueden influir en la aceptación o rechazo de las mismas y de los temas abordados en el proyecto.

Cabe resaltar que las otras habilidades para la vida fueron abordadas, como, por ejemplo: la empatía, solución de problemas y conflictos, manejo de tensiones y estrés; sin embargo, las descritas anteriormente se tomaron como base para el desarrollo del proyecto.

Todo ello se realizó por medio de un proceso educativo, que comprendió una serie de actividades como: la identificación, intervención y evaluación; asimismo, esta fue intencional y a su vez voluntaria. En este proceso, la persona adulta mayor almacenó lo que pudo ser trascendental y fundamental para emplear luego sus conocimientos en el transcurso de su vida, y con ello el desarrollo de potencialidades. (Reyes, 2012). El proceso educativo se trabajó desde un enfoque constructivista, en el cual consistió en:

Que los facilitadores actuaron como guía del proceso educativo, proporcionando actividades de colaboración convenientemente estructuradas y con un grado de aplicabilidad, para con ello garantizar un aprendizaje significativo.

Además, se implementó en el proceso con este grupo PAM, metodologías activas que favorecieron la participación en el aprendizaje. Asimismo, se incentivó a que el participante creara conexiones entre la información nueva y lo que ya sabe, en otras palabras, la integración de la nueva información a sus redes de conceptos y esquemas cognitivos.

- Que los participantes accedieron a nuevos aprendizajes en un marco de colaboración en el que otras personas (sus pares, familiares, comunitarios) faciliten una mediación social en el proceso de aprendizaje.
- La forma educativa abordada, fue diseñada con estrategias que favorecieron a las PAM a tener un proceso autorregulado, tanto de forma individual como grupal.
- Con este enfoque, se propició un mayor desarrollo personal y social del aprendizaje mayor, puesto que, capacita para la acción, y para entornos físicos y sociales (Serdio, 2009).

Asimismo, un aspecto clave en el desarrollo del proyecto fue la motivación, la cual previamente existió por parte de la población meta al inscribirse en el proyecto, y la misma se buscó mantener a lo largo de todas las sesiones. Se considera que esta estrategia fue fundamental para el desarrollo del proyecto y su peso en los resultados obtenidos es fuerte.

Esto debido a que en primer lugar se observó que la participación de la población fue buena, tanto a nivel de asistencia, ya que esta fue constante, como en los aportes brindados en las sesiones respecto a: conocimientos previos de las temáticas abordadas, interés por aprender sobre lo expuesto por los facilitadores, exponer sus experiencias personales para profundizar en los temas desarrollados, compartir con familiares lo aprendido en las sesiones, replicar en otros ámbitos (familiares, comunitarios), e implementar conocimientos y acciones aprendidos en las sesiones en las actividades de la vida cotidiana.

Como parte de esto, se debe destacar que en una sesión una participante, que era abogada, solicitó si podía adoptar desde su “expertis” en el tema de derechos y deberes de las PAM a partir de la Ley 7935 (Ley Integral de la Persona Adulta Mayor), ante lo cual se

le dio el espacio a esta persona, para que así se abordará uno de los temas desde el conocimiento de otra persona. Cabe señalar que esto fue iniciativa de la participante.

Para efectos de presentación y análisis de los resultados se mostrarán los mismos desde las prácticas saludables, en las cuales se contemplan una serie de acciones que contribuyen como factores protectores para mantener y/o mejorar la salud de la población; y como parte de la misma se establece la estimulación de capacidades cognitivas, la cual se hace alusión a los dominios de memoria, lenguaje, atención y concentración, funciones ejecutivas, orientación y capacidades visoespaciales.

Las prácticas saludables fueron abordadas por una serie de actividades que buscaban reconocer los conocimientos y hábitos respecto a este tema, para a partir de ello buscar como ampliar o reforzar el mantenimiento o adopción de este tipo de actividades. Por lo cual a continuación se presentan como se abordó cada una de las prácticas contempladas para efectos de este proyecto, así como lo observado en los participantes. El término de prácticas saludables es entendido como

“la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos” (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012, p. 12).

La importancia de buscar el desarrollo de este tipo de prácticas se debe a que estas “permiten fomentar habilidades y los conocimientos de las personas y poner en práctica iniciativas ambientales más amplias” (OMS, 2015: 26). Por ende, teniendo esto como base para el desarrollo de estas prácticas se puede potencializar factores de protección y controlar factores de riesgo.

Bajo esta línea se buscó identificar conocimientos y percepciones respecto a varios temas, como por ejemplo salud y envejecimiento y a partir de los mismos, construir en conjunto una visión integral aplicable a las diferentes realidades que viven los participantes,

a partir de lo cual se ahondo en las prácticas saludables: autocuidado, alimentación adecuada, actividad física y autonomía; lo cual se acompañó de motivación.

Se buscó abordar el tema del autocuidado, el mismo es entendido que como una práctica que puede ser realizada por cualquier persona y que “no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales” (Pontificia Universidad Católica, 2012, p. 7).

Antes de mencionar las actividades realizadas para estimular este, se debe considerar que la búsqueda de participar en este tipo de proyectos al entender la importancia de conocer respecto al tema de capacidades cognitivas en un primer indicio da una idea de que el autocuidado es importante en la cotidianidad de la población, como señal de esto, uno de los participantes mencionó “cuando vi el afiche me llamo la atención el título y que era importante como uno lleve su tercera edad con salud o todo atrofiado por no prepararse para esto” PAM 20.

Asimismo, y teniéndolo en consideración, el tema de autocuidado fue un transversal a lo largo de las sesiones, ya que se enfatizó en que la incorporación de ciertas prácticas eran parte de esto. Por ejemplo, se buscó motivar a la población a incorporar lo aprendido en su rutina, para lo cual se acordaba en una sesión ejecutar ciertas dinámicas en el hogar y luego comentar las diferencias evidenciadas y cómo lo vivieron en la siguiente sesión.

Es decir qué, en varias sesiones se realizaban actividades para promover ciertas capacidades cognitivas, como por ejemplo comunicación/ acción, Saludos, ejercicios japoneses, u otros, que buscaban estimular el hemisferio no dominante, entonces a partir del discurso de la importancia de realizar esto y de que es una forma de autocuidado se promovió que los participantes realizaron los mismos en su hogar, con familiares y con amigos.

En consecuencia, los participantes comentaban como se sentían al hacer esto, y como han notado cambios a la hora de ejecutarlos, ya que entre más realizan actividades con el lado no dominante más fácil lograban dominarlas con el tiempo. Esto a su vez

promovió que empezaran a ejecutar otras acciones como usar la mano no dominante para hacer AVD como peinarse, comer, cocinar, entre otros, con lo que estimulan partes del cuerpo que no están acostumbradas a usarse tanto, y con esto mejorar movilidad y la realización de estas tareas.

A su vez, se trabajó el tema de las redes sociales, que hacen referencia a las relaciones sociales desarrolladas por los individuos, la red social, es entendida por Guzmán et al (2003) como “una práctica simbólico – cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, evitando así el deterioro real o imaginado (citado por Galleguillos Céspedes, 2015, p.30).

Esto último resalta la importancia de abordar este eje, por lo cual en el proyecto se buscó desarrollar esta temática por medio de actividades como: Viviendo con la familia izquierdo, de los trabajos en grupo, el marciano, reto del masmeko, entre otros. En los cuales se trabajó sobre como las relaciones interpersonales afectan como las personas se desenvuelven, y como pueden incluso influir en su propio ánimo.

Aunado a esto, se hizo hincapié en la importancia de las relaciones sociales, a como estas pueden limitar a las personas o motivarlas a realizar actividades que se conviertan en factores protectores para la salud. Además, se incentivó a los integrantes del grupo a reflexionar como es su interacción con las personas con las que conviven y si esta influye positiva o negativamente en sus vidas.

Cabe señalar que, aunque este tema se planteó desde un ámbito más teórico y exponencial, siempre se buscó promoverlo a la vida diaria de los participantes, esto último principalmente a nivel de grupo, seguido por las relaciones familiares y con pares.

Respecto a lo primero, por ser nuevo en el grupo, la gran mayoría de los participantes no se conocían entre sí, por lo cual siempre se promovió que compartieran con aquellas personas con las que no tenían contacto, para lo cual en varias sesiones se les pedía a las PAM que se sentarán a la par de personas con las cuales usualmente no se

comunicaban, lo cual propició que todos se conocieran, se llevaran bien, y contrarresto la exclusión.

Además, esto último contribuyó a la dinámica del grupo, ya que entre más sesiones se realizaban más cómoda se observaba la población meta, y más participativa, aunado a esto se observó como las mismas PAM intentaban involucrar a las personas que eran más tímidas, y se debe señalar que después de que se terminaron las sesiones los integrantes del grupo siguen en contacto y están planeando actividades (un paseo) en conjunto.

Asimismo, muchos participantes comentaron en repetidas ocasiones que comparten las actividades o información presentada en las sesiones con amigos y familiares, y que además las aplican en muchas de estas en reuniones; por ende, esto se considera una muestra de la apropiación de lo ejecutado como parte del proyecto que a su vez estimuló la relación con pares.

Aunado a estos tópicos, también se abordó la temática de ejercicio físico, ya que se considera que este factor de protección conlleva una serie de beneficios en diferentes niveles (físico, emocional, social, entre otros). Cabe señalar que lo primero que se realizó fue la diferenciación de este concepto con la actividad física, ya que este último engloba al primero. Se consideró importante señalar esta diferencia debido a que las pautas a considerar, los cuidados que se deben tener y los beneficios que estos producen son diferentes.

La actividad física es definida como “todo aquel movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos con gasto de energía” (Guillén, Castro y Guillén; citado por Escalante, 2011, p.94). Mientras el ejercicio físico es entendido como una subcategoría de la actividad física, siendo planeado e intencionado, estructurado y repetitivo, que tiene como propósito mejorar y mantener uno o más de los componentes de la aptitud física (resistencia cardiorrespiratoria, fuerza muscular, composición corporal, flexibilidad y resistencia muscular)” (Escobar, citado por Sánchez, 2018, p.20).

Para abordar esta diferencia se realizó una exposición de estos temas por subgrupos, y se evidenció que, los participantes tenían claridad en estos conceptos, entendían la actividad física como un tipo de ejercicio relacionado a la cotidianidad (Grupo PAM) y evidenciaban que la diferencia de este término con ejercicio físico radica en que este último tiene un objetivo y es controlado.

Esto debido a que aproximadamente la mitad de los integrantes del grupo participa en un grupo de Zumba que promueve la Clínica Integrada de Tibás, en el cual han visto un poco de teoría respecto a estos dos temas. Por ende, a partir de esto se enfatizó en los beneficios de realizar ejercicio, lo cual se logró a través de todas las sesiones.

Una vez que se abordó teóricamente estos ejes, se buscó también vivenciarlos, para lo cual se presentó la alternativa del Chi Kung, como una opción para realizar ejercicio y que a su vez promueve el desarrollo de ciertas habilidades, como conciencia del tipo de ejercicio que es. Además, en reiteradas ocasiones se le preguntó a la población cómo se sentían cuando realizaban este tipo de actividades, a lo cual respondieron positivamente y citando una serie de beneficios a nivel físico.

Aunado a estas, otra de las prácticas saludables promovidas es la estimulación cognitiva. Las capacidades cognitivas como aquellas "...destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea, además son las trabajadoras de la mente y facilitadoras del conocimiento al ser las responsables de adquirirlo y recuperarlo para utilizarlo posteriormente" (Reed, 2007; citado por Ramos, 2010).

Basado en lo anterior, mediante el proceso educativo realizado en el grupo PAM de la Clínica Integrada de Tibás, se obtuvo como objetivo el que estas personas reforzarán varias capacidades cognitivas como medida de estimulación cognitiva para un envejecimiento saludable y con esto generar procesos de trabajo mental que mejorarían la calidad de vida física y social de estas personas. A continuación, se describe el proceso de reforzamiento de cada dominio cognitivo trabajado con esta población:

En primer lugar, se reforzó el dominio de la memoria con diferentes técnicas, de tipo rompehielos, de análisis y profundidad, de temática y de presentación. La memoria como lo menciona Jara (2007) es la capacidad de retener ideas y/o conocimientos anteriormente adquiridos, con lo anterior, durante el proceso educativo realizado con estas 24 personas se logró identificar un cambio del inicio al final en algunas actividades que se les facilitó como parte del reforzamiento de esta capacidad. Por ejemplo, en los ejercicios japoneses de Hisae Takeyama, cuyo objetivo era el trabajo con las extremidades superiores, se observó cómo al inicio a la población le implicaba dificultad realizarlos de manera correcta, lo que generó reacciones de frustración en ellos ante el reto que se les planteó.

Estos ejercicios fueron diseñados para promover la novedad, la alternancia, la asimetría, el ritmo, las combinaciones, la simultaneidad de movimientos distintas, realizar cosas inusuales y una sensibilidad de todos los sentidos, por lo cual, en los participantes propicio confusión, preguntas, y la repetición de los ejercicios varias veces. Parte de la motivación que se implementó en cada actividad ejecutada, fue invitar al grupo a que recordarán en sus hogares cada movimiento realizado y junto a sus pares o comunidad, intentarán ponerlos en práctica hasta lograr la correcta coordinación y ejecución de los mismos.

Por la comunicación del grupo PAM con los facilitadores y el proceso evaluativo empleado en esta investigación, se logró identificar que estas personas trabajaron constantemente los ejercicios, esto porque al final de las sesiones se notaban las diferencias en cuanto a la ejecución y la muestras de entusiasmos de los mismos.

Para el abordaje de esta capacidad, se desarrolló un total de 13 actividades, algunas de ellas relacionadas con otros dominios.

Por su parte, otro de los dominios reforzados fue el lenguaje, que Jara (2007) menciona que es aquel tipo de comunicación que el individuo realiza de forma espontánea en diferentes situaciones de la cotidianidad, permitiendo el reconocimiento de objetos, personas, contextos y/o situaciones. Este mismo se abordó durante el proceso educativo, en 8 actividades, como por ejemplo: Memoria de rostros, recordar secuencialmente nombres,

entre otras. Para analizar a profundidad una de estas actividades, se hará mención a lo que señala Ballesteros (1999) referente a la memoria de rostros.

Este autor describe esta actividad como una operación compleja, donde se involucran regiones cerebrales como la corteza visual occipital para el acceso e interpretación de las imágenes, asimismo, regiones fronto-temporales para la organización e identificación de rasgos, el hipocampo para la accesibilidad de recuerdos relativos a las imágenes que vemos y los polos temporales para el acceso a los nombres. La actividad como tal estaba diseñada para que las personas adultas mayores identificaran rasgos, nombres y apellidos, también la vestimenta de las imágenes proyectadas en la pantalla, y que de manera verbal y escrita respondieran a 4 preguntas.

Se diseñaron 2 momentos, primero cada participante trabajó de manera individual recordando y respondiendo a las interrogantes como: ¿De qué color es el cabello de Angélica? ¿Quién o quienes usan gafas?, ¿Alguien está usando un sombrero? y ¿Quién está usando un suéter verde? Los resultados no fueron positivos ya que confundieron caras, colores y nombres. Ante esto, en un segundo momento, se les solicitó que trabajarán en parejas y pusieran nuevamente atención a otro juego de rostros. Terminado el tiempo que se les brindó para recabar la información, se procedió a responder a 4 nuevas preguntas y luego se compararon todas las respuestas.

El resultado del ejercicio fue una mejoría en la cantidad de preguntas contestadas correctamente, asimismo, generó expresiones a nivel grupal y trabajo en equipo, lo que es señal de un trabajo a nivel cerebral del dominio cognitivo.

El siguiente dominio inmerso en el proceso educativo en la Clínica Integrada de Tibás, desde once actividades de diferente tipo, fue la atención y concentración, entendido este por Jara (2007) como la capacidad para prestar atención ante diversas situaciones, permitiendo al individual elaborar respuestas pensadas y apropiadas según la circunstancia en la que se encuentre. Basados en esta definición, a lo largo de las sesiones se motivó a los participantes, a prestar atención y concentración a cada información teórica o actividad

lúdica para que estos recopilaran la información y tuvieran herramientas para procesos de autogestión en su salud.

Un ejercicio que manifestó satisfacción en el grupo y que requirió total concentración y atención para lograr el objetivo mismo, fue por ejemplo “Viviendo con la Familia Izquierdo”. Este técnica *rompehielo* tuvo como objetivo estimular los dos hemisferios cerebrales, el izquierdo y el derecho a partir del trabajo grupal, cada vez que durante el relato, el narrador mencionaba la palabra derecho o derecha, los participantes tenían que pasar un objeto a su compañera (o) de la derecha, asimismo, sucedía cuando se decía izquierdo o izquierda. Al inicio creó confusión y los participantes expresaron dificultad, pero conforme avanzaba la historia y modificando la velocidad de la misma(al narrarla), se evidenció mayor coordinación y atención de las PAM.

Esta fue una actividad trabajada de forma grupal, pero la misma implicaba que cada persona tuviera que estar atenta para el transporte del objeto al ritmo del relato y siempre tener solamente uno en su mano, para con ello cumplir con los objetivos del ejercicio.

La orientación, formó parte de los dominios que se promovieron para un reforzamiento de esta capacidad cognitiva, ya que según García (2009), la orientación permite tener presentes y saber utilizar datos básicos para la realidad en la que se vive. Misma, que estuvo presente a lo largo de las sesiones educativas, ya que se les preguntaba sobre fecha, hora, lugar, mes; los objetivos del proyecto, asimismo, se les recomendó elaborar un diario, donde al final del día, cada participante por un espacio de 5 minutos, recordaran y escribiera todas las actividades que realizaron en el día.

Como estrategia del equipo de investigador, se indica al grupo que para cada sesión pactada, se debían ubicar en un espacio diferente, en otras palabras, no se podían sentar en el mismo lugar. Esta “regla” produjo que antes del inicio de las actividades, entre ellos conversaran sobre los lugares de las semanas anteriores y por ende la posición correspondiente para cumplir con lo estipulado, generando así cohesión grupal e interacción.

Otra de las técnicas implementadas para el reforzamiento de esta capacidad, fueron las sesiones del Chi Kung, puesto que, el maestro daba a cada persona un espacio dentro de la clínica para el ordenamiento de la sesión. Según los instrumentos de recolección de la información, propiamente la Guía de Observación, y lo mencionado por el experto de esta medicina oriental, cada PAM se ubicó espacialmente donde se le asignó y efectuó los pasos sin perderse dentro del perímetro establecido.

Por otra parte, las funciones ejecutivas fueron abordadas en la mayoría de las actividades que se planearon y en todas fueron cumplidas por parte del grupo de forma satisfactoria. Unas tuvieron mayor complejidad que otras, sin embargo, la motivación de las personas fue un detonante clave para el objetivo establecido. Se entiende función ejecutiva, como un conjunto de procesos encargados de la generación, monitorización y control de la acción y el pensamiento, que involucra aspectos asociados a la planificación y ejecución de comportamientos complejos, procesos de memoria de trabajo y control inhibitorio (Calderón, 2012).

Con base a lo anterior, dos actividades en particular, propiciaron ser un reto de forma grupal/ individual para estas personas, ya que al inicio hacían alusión a no encontrar soluciones ante lo planteado por los investigadores, sin embargo, por medio de “pistas” o procesos de comunicación y toma de decisiones, lograron sacar los productos necesarios. En primer lugar, el reto del masmelo, puso a construir la torre más alta a los participantes utilizando solamente 2 materiales, spaghetti y masking tape, por un espacio de 6 minutos y con un cambio de reglas a partir del minuto 7. Con el cambio de reglas, los subgrupos establecidos respondieron al acertijo de manera adecuada, ya que elaboraron 4 estructuras con las características dadas.

Otra de las actividades fue el tangrama, este es un juego compuesto de siete figuras geométricas y su meta consiste en construir nuevas formas a partir de esas figuras básicas. Se desarrollan en las personas, estrategias de solución para el ensamble de las piezas y se analizan soluciones (Muñoz y Valdivia, 2007). Igual que en la anterior se trabajó en subgrupos y el objetivo era en el mejor tiempo posible desarrollar 3 figuras (un cuadrado,

un gato y una tortuga). Cada figura fue seleccionada en esa posición debido a su grado de complejidad, de la más fácil o lo más difícil.

En el transcurso del juego, se logró observar que la primera figura fue resuelta en un tiempo rápido por todos los subgrupos, sin embargo, para la segunda y la tercera no fue así, los diferentes equipos solicitaron ayuda y pistas para la solución de los acertijos, algunos de ellos discutían sobre estrategias para dar con las figuras correspondientes. Al final, el tiempo para la solución del acertijo fue mayor pero un grupo de los tres completo la figura.

Este tipo de técnicas promovieron que los participantes tomaran decisiones de forma asertiva para la resolución de problemas, como fue los acertijos planteados. Asimismo, el pensamiento y la razón se vio reflejado en todos los integrantes para sacar adelante la tarea que se facilitó para el reforzamiento de las funciones ejecutivas.

Como última capacidad cognitiva trabajada en este proceso educativo, fue la que corresponde al dominio de la función visoespacial. Esta tenía como objetivo reforzar la habilidad para usar los dos lados del cuerpo de forma simultánea y por separado, la izquierda y la derecha. Merchán y Henao (2011) la definió como aquella “serie de habilidades utilizadas para entender conceptos direccionales que organizan el espacio visual externo, lo cual permite la comprensión entre arriba y abajo, atrás y adelante y derecho e izquierdo”.

Varias actividades desarrolladas en las sesiones estimulaban las direcciones, ya que siempre se le solicitó la total concentración en cuanto a la derecha e izquierda, esto para reforzar ambos hemisferios cerebrales. Por ejemplo, las 24 personas adultas mayores son diestras (escriben con su mano derecha), teniendo esto, les solicitó párrafos y realizar actividades de la vida diaria con la mano zurda (izquierda) para activar a nivel funcional el otro lado cerebral.

La técnica rompehielos Comunicación/Acción, fue la principal acción que se implementó para trabajar este dominio. Misma consistió en reunirlos en un círculo y atender de forma verbal y corporal a lo que el facilitador indicaba: “*Decir lo que yo digo,*

pero hacer lo opuesto a lo que yo digo”, además, “Hacer lo que yo digo, pero decir lo opuesto a lo que yo digo”.se manifestaba cualquier de las dos frases y se indicaba el lado, izquierda o derecha, atrás o adelante.

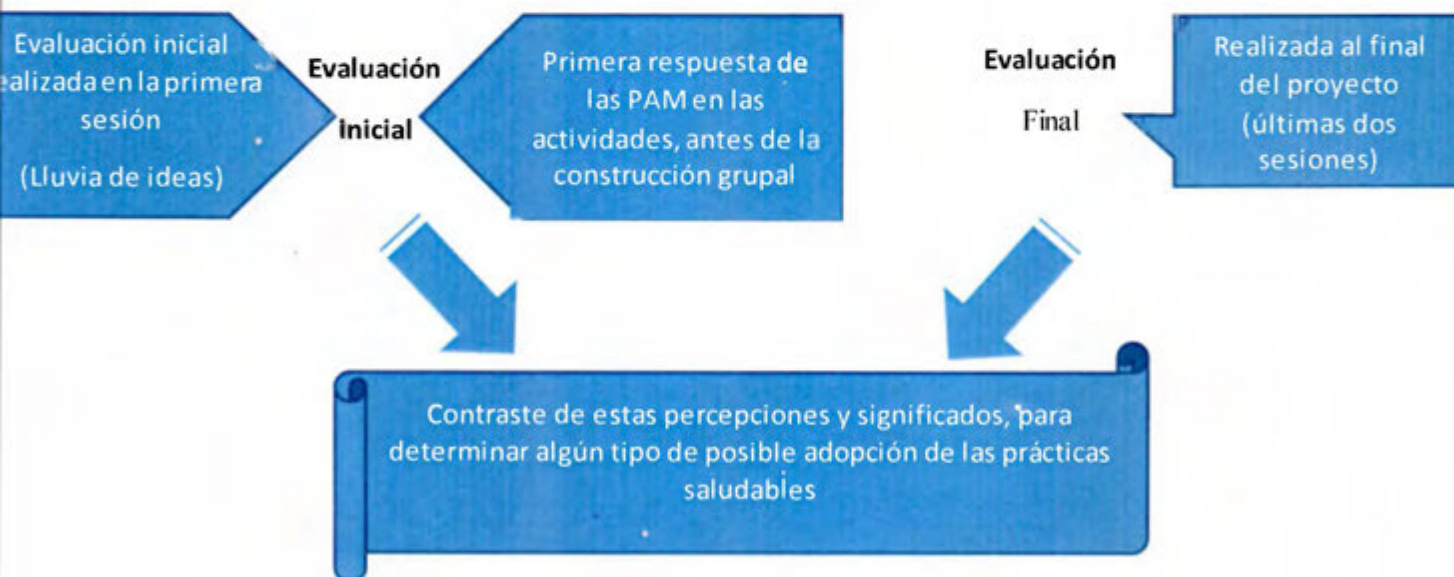
Cuando se pedía decir lo que yo digo, pero hacer lo opuesto a lo que yo digo, DERECHA, las PAM deberían decir derecha pero dar un paso a la Izquierda, acontece que realmente les fue difícil coordinar dos acciones contrarias. Ellos manifestaron que les era muy difícil por lo cual, se repitió el ejercicio varias veces y de forma más lenta, asimismo, se enfatizó en la concentración y la atención para mejorar las acciones. Al final, algunas de estas personas sí ejecutaron ambas tareas de forma correcta, pero a nivel general quedo evidenciado el trabajo y dedicación para el control de la acción y pensamiento

Valoración de las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables en el grupo de estudio durante y después del proceso educativo

Respecto al objetivo relacionado con la valoración de las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables en el grupo de estudio como resultado del proceso educativo, se debe aclarar que la parte relacionada con las prácticas saludables no se puede evidenciar como tal, ya que esto no se puede observar si se incorporan las mismas en la cotidianidad.

Por lo cual, la valoración de la adopción de prácticas saludables se realizó por medio de las percepciones y el significado que la población les daba a ciertos temas, se comparó si se presenta algún cambio respecto a lo que inicialmente concebían como prácticas saludables, y a las mismas como tal. Esto se realizó como lo explica la figura siguiente.

Ilustración 10. Método utilizado para valorar la adopción de prácticas saludables por medio de percepciones y significados.



Fuente: Elaboración propia.

A partir de ello se obtuvieron los resultados expuestos a continuación, sin embargo, se aclara que los mismos se presentan a partir de los cambios encontrados durante el proceso, ya que no se puede observar lo incorporado a la rutina de los participantes.

Considerando esto, cabe resaltar que, en términos generales en la mayoría de los temas, la percepción y visión que tenía la población, era congruente respecto las concepciones utilizadas para este proyecto, por lo cual no se presentó deconstrucción como tal, sino que se enfatizó en aspectos que no conocían para ampliar los temas o en ejemplos de aplicación en la cotidianidad, esto último se reforzó considerando que lo abarcado en las sesiones fuera llevado a la vida diaria de las PAM.

Se observó que la visión que posee la población respecto al tema de envejecimiento, es positiva y que rechazan la idea de que las PAM no pueden realizar ciertos aspectos. Como parte de lo desarrollado en el proyecto se motivó a la población a considerar los derechos y deberes de este grupo etario, así como a afianzar sus fortalezas y puntos de mejora, para así velar por una mejor vejez.

En lo que respecta a la definición de salud, la misma fue muy similar a lo planteado por el proyecto, ya que la población visualizaba que la enfermedad era excluyente a la salud, sin embargo, a partir de la reflexión realizada en la primera sesión respecto al tema se evidenció que no son dicotómicas. A partir de esto, se observó como a lo largo del proceso educativo la población meta recordaba este aspecto, y hacia énfasis en el mismo.

Referente a las prácticas saludables como tal, para buscar la apropiación de las mismas, se acompañó el proceso educativo de aspectos motivacionales, y se indagó sobre si estas prácticas existen o no en la cotidianidad de la población adulta mayor y en específico si son incorporadas por la población meta.

En lo que respecta a autonomía, se notó que la población se sentía en muchas ocasiones limitada por sus familiares para la ejecución de ciertas actividades, independientemente si existiera o no alguna dificultad para realizar la misma. Ante esto, se enfatizó sobre la importancia de auto conocerse e identificar las capacidades y debilidades

que posee cada individuo, y cómo estas puede contribuir o afectar el desarrollo de alguna actividad como tal.

Ante esto se logró observar como en sesiones siguientes a esta reflexión la población meta hacia referencia al empoderamiento de la etapa de la vejez, y como se puede ser independiente a pesar de las dificultades generadas por los cambios que este proceso conlleva.

Esto también se relacionó con los otros factores protectores considerados en este proyecto, como lo son: actividad saludable, actividad física y autocuidado, ya que la población considera que son capaces de implementar estas en su vida, a pesar de que en ocasiones, situaciones como la sobreprotección o infantilización de familiares les presente un obstáculo

Lo cual, aunque no se puede decir que existió una apropiación de las practicas saludables abordadas en este proyecto, se puede hacer alusión de que se reafirmó una visión positiva que permite y que motiva a la adopción de estas.

Asimismo, como parte de las prácticas saludables, se buscó valorar el reforzamiento de las capacidades cognitivas. Para estimar esto en el grupo de estudio durante y posterior al proceso educativo se empleó la escalada de valoración cognitiva MoCA y Kzst, mismas que se aplicaron la primera y la última semana según el cronograma establecido, con la finalidad de indagar si en los participantes hubo o no un reforzamiento en los dominios cognitivos.

La información se presentará basándose en la media del pre y post test del grupo participante, seguidamente del análisis de los datos y la significancia de los mismos. Mencionado lo anterior, a continuación se presenta la tabla con los resultados de los dominios evaluados al grupo PAM de la Clínica Integrada de Tibás.

Tabla 4. Distribución del puntaje promedio de la aplicación de la Escala Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en el grupo de Adulto Mayor de la Clínica Integrada de Tibás, 2018.

Dominio Evaluado	Distribución promedio del puntaje	
	Pre test	Post test
Memoria		
Capacidad Visuoespacial	1,91	2,20
Función Ejecutiva	2,66	2,87
Atención/Concentración	2,25	3,04
Lenguaje	4,12	4,70
Orientación	3,75	4,08
	5,5	6
Promedio obtenido en cada aplicación en relación al valor máximo esperado en la escala (30)	20,20	22,89

Fuente: Elaboración propia.

Al estar enmarcado este proyecto en un diseño no experimental *pre y post evaluatorio*, y no contar con un grupo control, se estableció una medición inicial que podía contribuir a determinar los posibles cambios generados por el proyecto a lo largo del mismo (Fisher et al., 1999). Al poseer una muestra a conveniencia y no estadísticamente representativa, no se logró realizar estimaciones diferenciales, sin embargo si se puede apreciar los valores en el pre test y el post test. Aunque no se logró analizar los datos desde diferencias estadísticas, los resultados podrían sugerir incrementos para todos los dominios evaluados.

Si uno analiza la distribución del puntaje promedio de la aplicación de la escala MoCA en todos sus dominios, en el grupo de adultos mayores se puede observar que hubo una diferencia de 2,69 puntos.

Es importante rescatar, que la escala cognitiva MoCA tiene la característica que también otorga un punto adicional en aquellas personas con un nivel de escolaridad mayor o igual (\leq) a 12 años de educación formal. Esta situación se presentó en 15 PAM a quienes se le sumó este punto adicional, luego de la aplicación de la escala. Con esta nueva información del punto adicional, el promedio del pre test se modifica a 20,8 (DE: 1,0), y en el post test el valor es de 23,4 (DE: 0,7). Los datos sugerirían que el promedio incremento en 2,6 puntos y la desviación estándar disminuyó. La diferencia entre los resultados de los dos test es significativo ($p=0,035$).

No se pueden comparar un dominio en relación a otro porque todos tienen puntos de referencia. Entre los que tienen un punto de referencia de 5, en este caso la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas se observó entre ellos que el que mayor incremento obtuvo fue el dominio de las funciones ejecutivas. Asimismo, los que tienen un punto de referencia de 6 (Atención/concentración y orientación), el que mayor incremento obtuvo fue el dominio de la orientación.

Asimismo, en relación a los valores del pre test y post test de los 24 participantes, 2 de estas personas bajaron su resultado la segunda vez que se les aplicó la escala, lo que representó un 8% del total de participantes. Por otro lado, este mismo porcentaje se dio en aquellos que se mantuvieron con el mismo valor. Aquellos adultos mayores que aumentaron sus puntos en el post test fueron 20 personas, para un 83%.

En promedio, los participantes obtuvieron 2,6 puntos más en el post test que en el pre test, lo cual representa una evolución positiva estadísticamente significativa (2,6 [IC95%: 1,6-3,7], $p<0,01$).

La escalada cognitiva MoCA tiene la característica de considerar a aquellas personas dentro de la normalidad o sin deterioro cognitivo (SDC), cuando estas obtengan

un puntaje ≤ 26 puntos. Según los resultados obtenidos 17 personas que obtuvieron una nota inferior a 26 puntos en la primera evaluación obtuvieron 3,7 puntos más en promedio en la segunda evaluación (3,7 [IC95%:2,9-4,5], $p < 0,01$). Además, 6 de los 17 participantes (35%) que no habían logrado obtener 26 puntos (≤ 26 : Normalidad: SDC), lo superaron la segunda vez.

Índice Katz

En cuanto al índice Katz, que medía las actividades básicas de la vida diaria en la persona adulta mayor, se obtuvo que los valores del pre test en relación con el post test, pudieran sugerir que son iguales, ya que no representó ningún cambio con respecto a su segunda aplicación. Esto significa, que las 6 personas que presentaron algún grado de dependencia en el pre test, precisamente en lo referente a la continencia, lo manifestaron igualmente en el post test, sin embargo, la valoración de manera grupal, indicó que estas personas se mantuvieron en un grado de ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Según Ferreira, Mejjide y Trigás (2011), el índice de Katz es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo, ya que es útil para la descripción del nivel funcional de los pacientes y poblaciones, asimismo, permite seguir la evolución de estos, valorar la respuesta al tratamiento aplicado y comparar resultados de diversas intervenciones para predecir procesos de rehabilitación y con fines docentes. Si bien, el proceso educativo aplicado al grupo participante no contemplaba ejercicios terapéuticos, para el fortalecimiento de las ADV, y precisamente en el tema de la continencia, sí se abordó estas actividades desde los dominios trabajados.

Desde la memoria, se hizo hincapié en tener un diario (cuaderno de actividades) donde antes de finalizar el día, la persona realice un listado de todas las actividades o tareas ejecutadas (bañarse, color de prendas de vestir, alimentación, pasatiempos, entre otros). Desde la atención, se propició mediante los espacios de conversación, el identificar situaciones no comunes en cuanto a las acciones que realizan precisamente en sus hogares, ya que algunos participantes manifestaron que últimamente, por ejemplo, se los olvidada con frecuencia donde están los objetos de la cocina.

Con las sesiones de Chi Kung, según Carrillo, Gómez y Vicente (2009) se puede señalar que se fortaleció la orientación y a su vez la motricidad y el equilibrio, ya que practicarlo lograría bienestar, en la respiración, se recuperarían el equilibrio y algunas patologías como la falta de memoria. Asimismo, las personas dormirían mejor y serían más autónomas, ya que experimentarían una mayor sensación de estabilidad debido al fortalecimiento en sus extremidades. Con lo anterior, se podría valorar el trabajo realizado por los participantes en cuanto al desplazamiento, que sí bien, este lo medía en acciones propiamente de levantado y acostarse de la cama, sí hubo un trabajo extenso a lo largo del proceso educativo en relación con el uso de las extremidades inferiores.

Como mencionaban los autores, la medicina oriental del Chi Kung, propicia un reforzamiento en la autonomía de las personas, misma que no solamente fue trabajada en esos ejercicios, ya que durante todo cada actividad implementada en las sesiones, se procuró motivar a los participantes a que comprendieran y reconstruyeran su propia autonomía y su dependencia, esto como herramienta para un envejecimiento saludable, en donde y según la OMS (2015) se promueva el mantenimiento de las capacidades físicas y mentales con las que cuentan una persona.

Definición de las líneas de acción en promoción de la salud hacia la población adulta mayor a partir de los resultados obtenidos en el proceso educativo implementado

El presente proyecto se enmarca en el enfoque de promoción de la salud, el cual según la OMS (1998) es entendido como

“un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (p.10).

A su vez esta organización ha planteado a lo largo de los años, en diferentes espacios (conferencias, cartas, declaraciones...); cinco líneas de acción, las cuales son:

- Elaboración y desarrollo de políticas públicas saludables.
- Creación de entornos saludables.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Desarrollar habilidades y actitudes personales.
- Reorientación de los servicios de salud.

Considerado lo anterior, el proyecto desarrollado se fundamenta en estas, ya que el tema del envejecimiento saludable puede ser abordado desde cualquiera de estas líneas de acción, y a su vez puede ser fortalecido cuando se trabajan las mismas. Por ende, a continuación, se exponen las líneas de acción que se enfatizaron mayormente en este proyecto, y que -al contemplar los resultados obtenidos- se deben seguir trabajando.

Aunado a lo anterior, se debe de considerar la orientación que tienen los servicios de salud, ya que normalmente los mismos se dedican principalmente en la atención de enfermedades, por lo cual se hace hincapié en que tanto la CCSS como el Ministerio de Salud han intentado incorporar la promoción de la salud en su accionar.

Con esto se evidencia un intento de reorientación de los servicios, lo cual es un paso en dirección al cuidado de la salud y mejora de la calidad de vida, con lo cual se hace un llamado a seguir desarrollando acciones desde la Promoción de la Salud, ya que son una base para generar cambios necesarios en el Sistema de Salud Costarricense.

Como parte de la reorientación de los servicios, la Clínica de Tibás ha incorporado una serie de acciones enfocadas a promover la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la atención y rehabilitación de la misma. Por ende, se insta a desarrollar más proyectos que propicien mejorar la calidad de las PAM.

Sin embargo, se hace la salvedad, que para alcanzar este objetivo se deberá trabajar en la conformación y consolidación de alianzas estratégicas, con organizaciones e instituciones que puedan ampliar el accionar de los centros de salud, que permitan un abordaje más integral de las problemáticas y las experiencias vividas por la población adulta mayor.

Una vez contempladas estas dos líneas de acción, se deberá buscar el reforzamiento de la acción comunitaria, esto considerando que las personas no son individuos aislados, sino que son parte de un entorno social que afecta su bienestar, por lo cual este aspecto debe ser considerado en las acciones desarrolladas. Al tomar esta en cuenta se trabaja sobre el reforzamiento de la acción comunitaria.

Todo esto contribuye a la creación de entornos saludables, ya que se plantea que la población adulta mayor puede terminar de desarrollar sus capacidades, habilidades, gustos, entre otros en entornos que promuevan que esto se dé, al contemplar la salud como un proceso integral y el envejecimiento como un proceso determinado por una serie de factores y elementos.

Aunado a que la creación de entornos saludables contribuye a propiciar el desarrollo de habilidades y actitudes personales, se deben de buscar otros medios para alcanzarlos, ya que, aunque el ser humano es un ser social, y por ende se debe considerar el entorno en el

que se desenvuelve, también es un individuo, y como tal debe tener herramientas que le permitan tomar las mejores decisiones para mantener el bienestar en su vida.

Ante esto se motiva a los gobiernos, instituciones, grupos organizados, entre otras instancias a generar acciones que promuevan la salud de la población adulta mayor del país, ya que se debe de considerar que es un grupo etario que va en aumento, y que sufre discriminación y esta estereotipada por la sociedad costarricense. Por lo cual, como producto del presente proyecto, y a manera de guía se presenta la siguiente compilación.

Activamente

Compendio de actividades para el Envejecimiento Saludable en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables



Ficha bibliográfica

Arias Jiménez, M. S; y Gutiérrez Soto, Y. (2019) *Activamente. Compendio de actividades para el envejecimiento saludable en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludable*. Contenido generado a partir del proyecto Envejecimiento Saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores pertenecientes a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud. Escuela de Salud Pública, Universidad

Palabras Clave

Salud Pública – Promoción de la Salud – Salud – Envejecimiento – Capacidades cognitivas – Personas Adultas Mayores

Derechos de autor

El presente compendio de actividades está fundamentado en la experiencia del proyecto titulado *Envejecimiento Saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores pertenecientes a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018*; propuesto e implementado por la Bach. María Stephanie Arias Jiménez y el Bach. Yeiner Gutiérrez Soto. Surge como la propuesta para el Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

Se aclara que las actividades fueron tomadas y adaptadas de otros manuales u obras de los autores mencionados en las referencias bibliográficas. Aunado a esto, las fotografías presentadas en este documento tienen la aprobación de las personas que aparecen en ellas.

Agradecimiento

Se les agradece a las veinticuatro personas adultas mayores adscritas a la Clínica Integrada de Tibás, que durante el proceso educativo fueron nuestro acompañamiento, soporte y apoyo en esta investigación. Sus aportes, retroalimentación, dedicación, compromiso, motivación, y sus palabras de aliento fueron fundamentales para el éxito del proyecto y el impacto que esperamos tenga este compendio en la vida de otras personas.

Al profesor Manuel Jiménez, educador para la salud de la Clínica Integrada de Tibás, ya que siempre confío en este trabajo y gestionó a nivel interno de la institución, los permisos correspondientes para lograr realizar este tipo de proyecto para sus adscritos. Nos sentimos honrados como profesionales de contar con el apoyo de una persona tan comprometida con la población adulta mayor y con tanta disposición para compartir los conocimientos.

A nuestro comité asesor de investigación, Msc Fernando Herrera, Doc. Allis Felipe Sellek y Doc. Jaime Caravaca, porque han creído en nuestro trabajo y han sido eje fundamental para que este producto contenga los lineamientos necesarios para que las personas adultas mayores fortalezcan las capacidades cognitivas y las prácticas saludables

A la Escuela de Salud Pública, unidad académica responsable de nuestra formación, ya que, con las competencias adquiridas desde sus aulas, se logró trascender del paradigma de atención por uno más biopsicosocial, permitiendo con ello posicionar el ejercer del promotor de la salud y ofrecer a los usuarios nuevos productos más integrales y respondiendo a las problemáticas del país.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) plantea que el envejecimiento poblacional representa un logro para Costa Rica, ya que demuestra como un país en vías de desarrollo es capaz de alcanzar altos niveles de esperanza de vida. Sin embargo, ante esta situación expone que es necesario “ajustar y fortalecer las estructuras sociales, económicas, políticas, culturales, familiares y comunitarias” (p.4) para envejecer en las mejores condiciones de vida.

Respondiendo a la búsqueda de satisfacer integralmente a las necesidades, así como mejorar la calidad de vida de este grupo, es que surge como producto el proyecto investigativo *“Envejecimiento Saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores pertenecientes a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018”*, el cual tiene un enfoque de Promoción de la Salud.

Este proyecto es un esfuerzo en conjunto con la Clínica Integrada de Tibás, en el cual, por medio del trabajo articulado y la utilización de recursos humanos, de infraestructura y didácticos, se logró crear durante 3 meses un espacio saludable y amigable con la población adulta mayor del cantón, atendiendo así, desde este enfoque holístico, la problemática del crecimiento del deterioro cognitivo.

A partir de este proyecto, se desarrolla el presente documento, el cual es la sistematización de las actividades elegidas y aplicadas en esta experiencia, a su vez con la presentación de este compendio educativo, se busca que la persona adulta mayor refuerce sus conocimientos en las temáticas de salud, promoción de la salud; envejecimiento, habilidades para la vida, prácticas saludables, autocuidado y estimulación cognitiva, esta última, se abordará por medio de ejercicios prácticos en los dominios de: memoria, funciones ejecutivas, orientación, atención y concentración, lenguaje y capacidades visuoespaciales. Todos estos insumos podrían permitir que la persona mantenga su autonomía e independencia, asimismo, el equilibrio y la movilidad.

Contenido

Lista de Acrónimos	139
Finalidad del Compendio	140
Justificación	141
Fundamentos teóricos	145
Técnicas participativas.....	155
Técnicas de presentación	156
Técnica Rompehielo	157
Técnica de análisis y profundización.....	167
Técnica de evaluación.....	177
Referencias Bibliográficas	179

Lista de Acrónimos

AVD: Actividades de la Vida Diaria

CONAPAM: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

MoCA: Montreal Cognitive Assesment

PAM: Personas Adultas Mayores

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Finalidad del Compendio

El presente compendio busca responder a uno de los objetivos del proyecto *Envejecimiento Saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores pertenecientes a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018*; por lo cual la finalidad de este compendio de actividades es:

Establecer líneas de acción para un proceso educativo que promueva un envejecimiento saludable desde el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables para la población adulta mayor; esto desde un enfoque de promoción de la salud.

Justificación

Uno de los cambios más significativos en las sociedades modernas es la tendencia progresiva al envejecimiento de la población, lo que implica el aumento en la cantidad de personas adultas mayores. En Costa Rica la situación se asemeja a la tendencia mundial, lo que conlleva atender las nuevas necesidades para la población costarricense. Este aumento de personas adultas mayores en el país implica una respuesta eficaz e integral por parte de los servicios de salud, que mejore la calidad de vida de estas personas, sin obviar la creación de políticas públicas que generen líneas de acción y un trabajo multidisciplinario e interinstitucional.

Según la OPS, Ministerio de Salud y CONAPAM (2004), a inicios del año 2000 se realizó una encuesta a adultos mayores del área rural del Valle Central para conocer la capacidad funcional de estas personas en cuanto a las habilidades para realizar actividades de la vida diaria, así como actividades instrumentales del diario vivir como preparar comida, manejar dinero, entre otras. Por último, actividades como correr, subir escaleras, agacharse.

Los resultados obtenidos evidenciaban que un 21% del total de los encuestados presentaron capacidad funcional intermedia, esto quiere decir que presentaban dificultades entre 5 y 8 actividades. Otro 16% mostró capacidad funcional baja, lo que significa limitaciones en más de 9 actividades. El estudio añadió también, que en los hombres se reportó tener mejor capacidad funcional que en las mujeres.

Con los datos de este Análisis de la Salud de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica, aunado a las percepciones que tiene la sociedad actual sobre este grupo etario, es que surge la necesidad de gestionar acciones desde Promoción de la Salud y estimulación cognitiva para poder dar respuesta a esta problemática en Salud Pública que provoca un deterioro en la calidad de vida de los adultos mayores.

Bajo este escenario, se muestra la necesidad de crear políticas públicas que impulsen la implementación de planes, programas y proyectos que garanticen condiciones

óptimas para un envejecimiento exitoso, entendido este como la “habilidad para mantenerse un bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas” (Alvarado y Salazar, 2014, p.61), este tipo de envejecimiento puede ser alcanzado por medio del desarrollo y mantenimiento de prácticas saludables.

Con lo anterior, y bajo un marco legal costarricense, y la evidencia recopilada por un grupo de 24 personas adultas mayores de la Clínica Integrada de Tibás, es que se elabora este compendio de actividades, lo cual ha validado cada de una de las actividades teórico- prácticas, que viene a responder a los cambios producto del proceso del envejecimiento, facilitando así, por medio de factores protectores y prácticas saludables, lograr aportar herramientas para conservar la autonomía y la independencia de la persona, y con ello mantener un buen funcionamiento las actividades de la vida diaria (ADV).

Legislación Costarricense

El CONAPAM, es el ente rector encargado de velar por el cumplimiento de los derechos y beneficios de las personas adultas mayores, asimismo, formula políticas que garanticen condiciones favorables a esta población.

Respecto a la Legislación relacionada a PAM, desde febrero de 1990 hasta el 2001 se han puesto en la corriente legislativa al menos 18 proyectos de ley relacionados con las personas adultas mayores. Como lo menciona la OPS, Ministerio de Salud y CONAPAM (2004), la legislación vigente relacionada con el tema se menciona a continuación:

Ley N°
7935

Ley Integral de la Persona Adulta Mayor: Establece derechos para las personas mayores de sesenta y cinco años en lo referente a salud, educación, vivienda, seguridad social, recreación y trabajo. Adicionalmente, establece responsabilidades específicas a diversas instituciones del sector público.

Asignan fondos provenientes de las utilidades de la Lotería Nacional y "Tiempos" a hogares, asilos y albergues de ancianos, sin fines de lucro. Decreto N° 28867-MP: Establece que las instituciones públicas e instituciones descentralizadas que desarrollen campañas de comunicación dirigidas a las personas adultas mayores o la población en general que se refieran a áreas directamente vinculadas con los adultos mayores, deberán coordinar estas campañas con el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, a efecto de que las mismas no sean contrarias a lo establecido en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor.

**Leyes N°
1152, N°
7342 y N°
7395**

**Ley N° 8153
y Decretos
N° 29679-S y
N° 30571-S**

Se encuentran relacionados con la obligatoriedad que los establecimientos que pretendan brindar servicios de atención a la población adulta mayor deberán habilitarse ante el Ministerio de Salud, como requisito para que se les autorice el financiamiento parcial con recursos económicos del Estado, así como para que el Instituto Mixto de Ayuda Social pueda otorgarles el carácter de bienestar social.

Establece que las personas mayores de 65 años que hagan uso de los servicios de transporte colectivo remunerado viajarán distancias que no excedan los 25 kilómetros sin costo alguno, en los desplazamientos que tengan una distancia de 25 kilómetros pero menos de 50, pagarán la mitad en el costo del pasaje y en los desplazamientos mayores de 50 kilómetros pagarán un setenta y cinco por ciento del pasaje.

**Ley N°
7936**

**Ley N°
7972**

Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, entre otros grupos.

Ley de Protección al Trabajador: Establece, que el Régimen No Contributivo de Pensiones debe universalizarse para todas las personas adultas mayores en situación de pobreza.

**Ley N°
7983**

A continuación, se presenta los fundamentos teóricos –didácticos que sustentan las actividades propuestas en el presente compendio.

La salud es uno de los conceptos que mayor variedad de definiciones ha tenido a lo largo de la historia, aunado a que dependiendo de la disciplina que la haya abordado para su estudio, la ha sometido a una interpretación desde su propia perspectiva. Según como menciona Lydia Feito (1996), la salud:

“es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)” (p.15).

Según la Organización Mundial de la Salud (1998) se define la promoción de la salud como:

“un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (p.10).

A su vez, esta misma organización define este enfoque como el proceso en donde se aboga a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. Los determinantes que hace mención este órgano internacional son los relacionados a los estilos de vida, y factores sociales, económicos, políticos, ambientales y de conducta.

Por su parte, Sanabria (2007), define Promoción de la Salud “como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud

de los pueblos” (p.1), misma que involucra a los diferentes actores sociales (organizaciones sociales, personas, gobiernos, entre otros) para la construcción de la salud de las comunidades.

Según Arriola e Inza (citado en Jara, 2007), “el envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que, por diferentes procesos, los tejidos van degenerándose, “... hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos” (p.28). Estos procesos no ocurren solamente por funciones biológicas, sino también, se asocia a las condiciones que rodea a la persona, por ejemplo, factores, de tipo ambiental, social y familiar.

Bajo esta línea, Garamendi, Delgado, & Amaya (2010), abordan el término envejecimiento como un proceso y no un estado. Lo catalogan como universal y estrechamente vinculado a todos los seres vivos, asociado per sé a la disminución de las funciones fisiológicas y mentales. Por otra parte, Cabras (2012) abarca el envejecimiento como un proceso mediado de manera multidimensional en el cual existen funciones que reducen su capacidad, así como otras en donde se mantiene y desarrollan capacidades.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM, 2013) define el envejecimiento como un proceso individual estrechamente relacionado con el “estilo y la historia de la vida; la condición de género, las relaciones interpersonales y con el medio” [...] “el proceso de envejecimiento está relacionado con aspectos psico-sociales, económicos, culturales, educativos y familiares” (p.5). Por ende, este consejo subdivide los tipos de envejecimiento en:

Tipo de Envejecimiento	Definición	Aspectos/ cambios
Biológico	<p>“Existen componentes genéticos asociados al envejecimiento, que pueden predisponer a la persona a padecer ciertas enfermedades” (p.5). Ante esto, es transcendental conocer la historia de salud familiar, para tomar en cuenta si algunos padecimientos están asociados a la vejez, o son consecuencia de la ausencia de autocuidado de la salud.</p>	<p>Nivel Corporal: se presenta la disminución en el volumen del agua, del músculo, de la masa ósea y del metabolismo basal, este último encargado de la energía necesaria para las actividades esenciales de la vida.</p> <p>Audición: pérdida auditiva gradual en ambos oídos, principalmente mayor sensibilidad a tonos agudos.</p> <p>Sentido del gusto: se presenta una disminución en la producción de saliva y atrofia en las papilas gustativas. Sensación amarga en la boca.</p> <p>Función locomotora: Se producen cambios en la marcha, y en edades avanzadas, el acortamiento del paso o arrastre de los pies.</p>

Psicológico

Relacionado con aspectos como la memoria, aprendizaje, la inteligencia y la personalidad

Visión: se presenta la presbicia, entendida esta como la pérdida de la capacidad que tiene el ojo de enfocar una imagen nítida.

Memoria: Se presentan quejas frecuentes en la atención, concentración y en el procesamiento de la información. Estudios realizados indican que la memoria que más sufre cambios es la de tipo trabajo, entendida esta como la capacidad de ejecución para completar tareas.

Inteligencia: Se entiende "como la inteligencia práctica que tiene que ver con las competencias para la vida cotidiana" (CONAPAM, 2013, p.8)

Personalidad: Existen dos tipos de personalidad, la primera es cuando la persona adulta mayor es abierta a la vida, se cree valiosa y capaz. La otra es la cerrada a la vida, en la cual se siente inferior a los demás, y está rodeado de ambientes hostiles. Cualquier tipo de personalidad tendría su impacto en la salud, tanto física como emocional.

Aprendizaje: "Es el proceso que posibilita a lo largo el desarrollo personal, la adquisición de información y conocimientos necesarios para la vida, para realizar las tareas de la vida" (CONAPAM, 2013, p.7)

La familia se caracteriza por sus constantes cambios y la diversidad en las formas familiares, normas y costumbres. La PAM percibe un cambio en los roles y las relaciones familiares, así como de las modalidades de convivencia multigeneracional.

Social

Este tipo de envejecimiento se asocia con las relaciones que establecen las personas adultas mayores con sus pares. Se encuentra dos instituciones, la familia y el trabajo.

Por su parte en el trabajo, el cambio más significativo se da en el proceso de jubilación o cese de las actividades laborales por parte de la persona adulta mayor. De ahí la importancia de plantear metas y que estas incluyan la integración de otras actividades de participación social.

Fuente: Elaboración propia a partir de CONAPAM (2013)

El término estimulación cognitiva hace referencia a las actividades que se direccionan a fortalecer el rendimiento cognitivo general de las personas o alguno de sus procesos y/o componentes (memoria, lenguaje, orientación, entre otros) (Muñoz, 2009, p. 13). A su vez, la

estimulación cognoscitiva es un proceso de intervención de tipo no farmacológica, que tiene por objetivo “proporcionar herramientas para trabajar con las personas que sufren algún tipo de deterioro cognitivo y de esta manera, mantener y en lo posible retrasar el deterioro y pérdida de sus capacidades cognoscitivas” (Rodríguez y Basto, 2012, p. 131).

Según Rodríguez y Basto (2012), el progreso en la edad de las personas va deteriorando las capacidades cognitivas de las mismas, generando una condición de vulnerabilidad frente a múltiples patologías adquiridas y/o degenerativas en la persona adulta mayor. Dichas vulnerabilidades pueden ser déficits en procesos de comunicación tales como incapacidades para comunicarse escrita y verbalmente; por lo tanto, la estimulación cognitiva debe ir de la mano con habilidades comunicativas que permitan promover actos de pensamiento, reconociendo del lenguaje y el pensamiento son habilidades recíprocas.

Las capacidades cognitivas son entendidas como las “...destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea, además son las trabajadoras de la mente y facilitadoras del conocimiento al ser las responsables de adquirirlo y recuperarlo para utilizarlo posteriormente” Reed citado por Ramos (2010). Existen una serie de dominios o funciones cognitivas que deben ser fortalecidos en el proceso de envejecimiento, algunos se presentan a continuación.



MEMORIA

Según Jara (2007) la memoria es la capacidad de retener ideas y/o conocimientos anteriormente adquiridos, la cual a su vez está compuesta por diferentes sistemas o subsistemas, involucrando diversos procesos que con el pasar de los años se van deteriorando, Acosta et al (2012) hacen referencia a la memoria como “la capacidad del sistema nervioso central para procesar, codificar, almacenar y poder evocar información en un tiempo ulterior” (p.14).



LENGUAJE

Jara (2007) define el lenguaje como aquel tipo de comunicación que el individuo realiza de forma espontánea en diferentes situaciones de la cotidianidad, lo cual permite el reconocimiento de objetos, personas, contextos y/o situaciones.



ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN

Jara (2007) la define como aquella capacidad para prestar atención ante diversas situaciones, permitiendo al individuo elaborar respuestas pensadas y apropiadas según la circunstancia en la que se encuentra Ríos y Perriñez (2008) definen la atención como la habilidad mental de generar y mantener un estado de activación tal que permita un adecuado proceso de la información. La atención permite la selección de información específica entre múltiples fuentes disponibles, Acosta et al (2012) referencia a la memoria como "la capacidad del sistema nervioso central para procesar, codificar, almacenar y poder evocar información en un tiempo anterior" (p.14).

Año
Mes
Día

ORIENTACIÓN

Según García (2009) se define como la capacidad que permite tener presentes y saber utilizar los datos básicos de la realidad en la que se vive.



CAPACIDAD VISUOESPACIAL

Merchán y Henao (2011) menciona que "consiste de una serie de habilidades utilizadas para entender conceptos direccionales que organizan el espacio visual externo, las cuales llevan a comprender la diferencia entre arriba y abajo, atrás y adelante y derecho e izquierdo" (p. 94). Esta cualidad le permite al individuo desarrollar la conciencia de su cuerpo con relación al espacio y la relación existente entre los objetos y él. Asimismo, Acosta et al (2012) hacen referencia a la memoria como "la capacidad del sistema nervioso central para procesar, codificar, almacenar y poder evocar información en un tiempo ulterior" (p.14).



FUNCIÓN EJECUTIVA

Son "los procesos mentales que se llevan a cabo para la resolución de problemas internos y externos, siendo los problemas internos el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos y motivacionales nuevos y repetidos, y los problemas externos, como el resultado de la relación entre el individuo y su entorno. La meta de las funciones ejecutivas es solucionar estos problemas de una manera eficaz y aceptable para la persona y la sociedad" (Calderón, Congote, Richard, Sierra y Vélez, 2012, p. 79).

Para medir deterioros en estos dominios, se pueden utilizar escalas de medición o instrumentos específicos para este. A continuación, se presenta un ejemplo.

Montreal Cognitivo Assesment

La escala MoCA (Montreal Cognitivo Assesment), es un instrumento diseñado para un escaneo rápido de las alteraciones cognitivas leves. Este evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención y concentración, funciones ejecutivas, lenguaje, memoria, habilidades viso constructivas, pensamiento conceptual, cálculo y orientación.

En Colombia, Pedraza et al., (citado por Carrillo, 2017) indica que el MoCA “es una prueba que surge para detectar cambios en el funcionamiento cognitivo mediante la identificación de deterioro cognitivo leve o demencias” [...] “el instrumento cuenta con distintas validaciones y adaptaciones y, según indican los autores, se crea con el fin de suplir la carencia del MMSE” (p.37).

Hollis, Duncason, Kapust, Xi & O’Connor (2015) mencionan que este instrumento de valoración es una prueba cada vez más utilizada por los profesionales en salud para la detección del deterioro cognitivo. Su puntuación máxima consta de 30 puntos y con ello se pretende identificar en que dominios es necesario profundizar con estimulación cognitiva (Carrillo, 2017).

El uso de este tipo de valoración tiene como finalidad medir las capacidades cognitivas de las personas adultas mayores, para que estas generen procesos mentales que permitan accionar sobre las actividades de la vida diaria (AVD).

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de
estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:


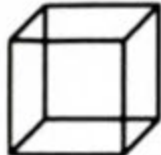
VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Copiar el cubo		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contorno Números Agujas ___/5	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
IDENTIFICACIÓN							
						___/3	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/3	
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er intento					
		2º intento					
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1- número/seg.)	B paciente debe repetirlos. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4		B paciente debe repetirlos a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2		___/2	
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					___/1
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 65	___/3
		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.					
LENGUAJE	Repita. El gato se escondió bajo el sofá cuando los perros entraron en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida <input type="checkbox"/>						___/2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comienzan por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)							___/1
ABSTRACCIÓN	Semejanzas entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla <input type="checkbox"/>						___/2
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/5
Optativo	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes <input type="checkbox"/> fecha <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad						___/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2014 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30	
				Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

Fuente: Ledesma (2014) REFERENCIA. Versión 7.2. Tomado en www.mocatest.org

Modo de aplicación MoCA

Tiempo aproximado de aplicación: 10 minutos

Puntaje Máximo 30 puntos: Un puntaje arriba de 26 o más es considerado normal

Explicación de la aplicación del instrumento	Forma de asignar el puntaje
 <p>El examinador instruye a la persona lo siguiente: "Por favor, dibuje una línea que vaya desde un número hacia una letra, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Se inicia aquí (señale el número 1) y dibuje una línea hacia la letra A, y a continuación hacia el 2, etc. Finalice aquí (señale la letra E)".</p>	<p>Se le asigne 1 punto si la persona realiza adecuadamente el siguiente patrón: 1-A- 2- B- 3- C- 4- D- 5- E, sin dibujar ninguna línea que cruce. Cualquier error que no se corrija de forma inmediata obtendrá un puntaje de 0.</p>
 <p>Copiar el cubo</p> <p>El examinador instruye lo siguiente señalando el cubo: "Por favor copie este dibujo tan exacto como pueda, en el espacio abajo"</p>	<p>Se otorga 1 punto por ejecutar el dibujo correctamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El dibujo debe de ser tridimensional • Todas las líneas deben de haberse dibujado • No deben agregarse líneas • Las líneas horizontales deberán de ser relativamente paralelas. • El objeto debe de ser claramente rectangular (los lados más cortos verticales no pueden exceder más de tres cuartos de largo de las líneas horizontales más largas). No se asignará un punto si cualquiera de los criterios anteriores no se ha cumplido.
<p>Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)</p> <p>Señalando el espacio ubicado en la parte superior derecha de la hoja, dé las siguientes instrucciones: "Dibuje un reloj, que incluya todos los números y que marque las once y diez".</p> <p>{ } Contorno { } Números { } Agujas</p>	<p>Se otorgará un punto por cada uno de los criterios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bordes (1 pt.): El reloj deberá mostrarse como un círculo con una ligera distorsión aceptable (por ejemplo, una leve imperfección el cerrado del círculo). • Números (1 pt.): Todos los números del reloj deben estar presentes sin agregar números: deben estar ubicados en los órdenes correctos y ubicados en los cuadrantes aproximados de la cara del reloj; Se aceptan numerales romanos; los números pueden estar ubicados afuera del círculo. • Manecillas (1 pt.): Debe haber dos manecillas unidas indicando la hora correcta; la manecilla de la hora deberá claramente ser más corta que la manecilla de los minutos; ambas deben estar centradas dentro de la carátula del reloj y su punto de unión ubicarse cerca del centro de este. <p>Nota: No se asignará un punto a los anteriores elementos, si no cubren los criterios establecidos</p>



De izquierda a derecha, señale cada figura y diga: "Dígame el nombre de este animal".

Un punto por cada una de las siguientes respuestas: León, Rinoceronte y camello.

MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetir. Haga dos ensayos. Marque las palabras que recuerde más tarde.	ROSTRO	SEDA	MEESA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er ensayo					
		2º ensayo					

El examinador lee una lista de 5 palabras, con un promedio de una por segundo,

No se asignarán puntos por los ensayos uno y dos.

dando las siguientes instrucciones: "Ésta es una prueba de memoria. Voy a leerle una lista de palabras que tendrá que recordar ahora y también le voy a solicitar que lo haga posteriormente. Escuche atentamente y cuando yo haya finalizado, por favor dígame todas las palabras que recuerde usted. No importa el orden". Una vez presentado el primer ensayo, marque en el espacio que corresponda las palabras que la persona refiera. Cuando el examinado indique ha finalizado (y que ha nombrado todas las palabras que recuerde o que ya no le es posible recordar más palabras), lea la lista una vez más con las siguientes instrucciones: "Ahora voy a leerle la misma lista una segunda vez. Trate de recordar y decirme tantas palabras como pueda, incluyendo las que me dijo la primera vez". Marque en el espacio que corresponda las palabras que mencione la persona durante este ensayo. Al final del segundo ensayo, informe al sujeto que deberá recordar estas palabras diciendo: "Le voy a pedir que recuerde estas palabras al final de la prueba".

ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 numerabag). El paciente debe repetir. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetir a la inversa. [] 7 4 2	/3
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 99 [] 96 [] 79 [] 72 [] 65	/3

El examinador deberá leer cinco dígitos proporcionando las siguientes instrucciones: "Voy a decirle algunos

Se le otorgará un punto por cada secuencia correctamente repetida. La secuencia correcta es (2-4-7).

números y cuando haya terminado, le pido me los repita exactamente como los he dicho". Lea la secuencia de números, uno cada segundo en promedio. Dígitos inversos. El examinador deberá leer 3 números, un dígito por segundo, dar la siguiente instrucción: "Ahora voy a decir algunos números más, pero cuando haya terminado, usted me los repetirá en orden invertido (del final hacia el principio)". Concentración: El examinador lee la lista de letras, en promedio una por segundo; después de leerlas dará la siguiente instrucción: "Voy a leerle una secuencia de letras, cada vez que mencione la letra "A" de un pequeño golpe con su mano sobre la mesa. Si digo otra letra que no sea la A, no de ningún golpe". El examinador proporciona la siguiente instrucción: "Ahora le voy a pedir que al número 100 le reste 7 y así sucesivamente, por favor continúe hasta que yo le indique que se detenga". En caso de ser necesario puede repetir esta repita esta instrucción dos veces.

Se otorga un punto si hay un solo o ningún error (se considerará error si golpea con la mano cuando no se menciona la letra "A" o bien cuando se menciona y no golpea en la mesa). Sustracción de...

Esta subprueba asigna 3 puntos en total. No otorgue puntos si las restas han sido incorrectas; 1 punto por una resta correcta, 2 puntos por dos o tres restas correctas, y 3 puntos si el participante ejecuta exitosamente cuatro o cinco de las restas. Cada resta es evaluada de forma individual. Es decir, si la persona comete un error en la resta y da una cifra errónea, pero sustrae 7 correctamente de esta cifra errónea, se asignan puntos. Por ejemplo, si el paciente responde "82 - 75 - 68 - 61 - 54" en donde "82" es incorrecto, pero el resto subsecuente de números son restados correctamente, se otorgará un puntaje de 3 puesto que existen 4 respuestas correctas

LENGUAJE <input type="checkbox"/> Espera el que se escriba el sustantivo correspondiente a cada una de las palabras. <input type="checkbox"/> Espere la descripción que se corresponde a cada una de las palabras. <input type="checkbox"/> Puntaje <input type="checkbox"/> 1 Prueba del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nº de palabras <input type="checkbox"/> 1	<p>El examinador indica: "Ahora voy a leerle una oración, por favor repítala después de mí exactamente de la misma forma en que yo la he dicho [pausa]: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala". Después de la respuesta, el examinador indica: "Ahora voy a leerle otra oración, por favor repítala después de mí exactamente como yo la digo [pausa]: Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida". El examinador proporciona la siguiente instrucción: "Dígame el mayor número de palabras posibles que comiencen con una letra P, tiene un minuto."</p>	<p>Se asigna un punto por cada oración repetida correctamente (de forma literal). Cuide que no haya omisiones o cambio de palabras (sustituciones). Asigne un punto si la persona genera 11 palabras o más en 60 segundos. Registre las respuestas de la persona en los márgenes de la hoja o en los lados.</p>																								
ABSTRACCIÓN <input type="checkbox"/> Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla <input type="checkbox"/> Puntaje <input type="checkbox"/> 2	<p>El examinador pide a la persona que explique que tienen en común cada par de palabras, presentado el siguiente ejemplo: "Podría decirme en qué se parecen una manzana y una naranja". Son frutas, cierto?. "Ahora dígame qué tienen en común un tren y una bicicleta y un reloj y una regla". No proporcione más información en ninguno de los dos ítems.</p>	<p>Asigne un punto por la semejanza correcta.</p>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RECORDAR DEFENDIENDO</th> <th>Seleccione palabras SIN PISTAS</th> <th>ROSTRO</th> <th>SEDA</th> <th>IGLESIA</th> <th>CLAVIL</th> <th>RELOJ</th> <th>Puntaje por recordar SIN PISTAS únicamente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Optativo</td> <td>Plata de cataluña</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>/5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Plata de elección múltiple</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	RECORDAR DEFENDIENDO	Seleccione palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVIL	RELOJ	Puntaje por recordar SIN PISTAS únicamente	Optativo	Plata de cataluña						<input type="checkbox"/> /5		Plata de elección múltiple							<p>El examinador proporciona la siguiente instrucción: "Con anterioridad le leí algunas palabras, y le pedí las recordara. Dígame ahora todas las palabras que recuerde" Marque cada palabra que la persona recuerda de manera espontánea sin pistas, en el espacio indicado.</p>	<p>Otorgue un punto por cada palabra recordada de forma espontánea.</p>
RECORDAR DEFENDIENDO	Seleccione palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVIL	RELOJ	Puntaje por recordar SIN PISTAS únicamente																			
Optativo	Plata de cataluña						<input type="checkbox"/> /5																			
	Plata de elección múltiple																									
ORIENTACIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día del mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/> Puntaje <input type="checkbox"/> 6	<p>El examinador proporciona la siguiente instrucción: "Por favor dígame la fecha de hoy". Si la persona no proporciona una respuesta completa, solicitará rápidamente que la indique diciendo; "Dígame (año, mes, fecha exacta y día de la semana)". Luego añadirá: "Ahora dígame el nombre de este lugar, y en qué ciudad está".</p>	<p>Otorgue un punto por cada respuesta correcta. El paciente debe decir la fecha exacta y el lugar exacto también (nombre del hospital, clínica, oficina).</p>																								
<p>NOTA: Agregue un punto si el paciente cuenta con 12 años o menos de educación formal, el puntaje máximo posible es de 30 puntos. El puntaje final de 26 puntos y mayor es considerado normal.</p>																										

Fuente: elaboración propia, imágenes recortadas de la imagen original tomada de fuente: Ledesma (2014). Versión 7.2. Tomado en www.mocatest.org

Técnicas Participativas

Para lograr el fortalecimiento de las capacidades cognitivas mencionadas anteriormente, se desarrolló un proceso educativo, en el cual, por medio de diferentes técnicas, se buscó cumplir con los objetivos.

Técnica de Presentación

En el proyecto JALDA (2003) hacen alusión a que las técnicas de presentación son aquellas actividades que permiten que los participantes se presenten ante los otros miembros del grupo, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de formación.

Técnica Rompehielo o de animación

Actividades que se implementan antes del inicio de cada sesión, tiene como objetivo el mantenimiento de una atmósfera de confianza y seguridad en los participantes, para procurar una participación activa durante los procesos educativos (Proyecto JALDA). Cabe señalar que este compendio de actividades, a pesar de cumplir la función de rompehielos, mantienen como eje principal la estimulación cognitiva.

Técnicas de análisis y profundización

El proyecto JALDA plantea que las técnicas de análisis y profundización que permiten una mayor profundidad en el análisis y reflexión de los conocimientos sobre un tema desarrollado.

Técnicas evaluativas

Las técnicas evaluativas son aquellas técnicas que permiten evaluar algunos indicadores durante el desarrollo del proceso educativo (proyecto JALDA).

Actividad: Yo me llamo

Objetivo: Concentrarse y una escucha atenta para acordarse de todos los nombres de los participantes.

Dominios para trabajar: Memoria- Atención Concentración

Material: Ninguno

Instrucciones: Todos los participantes se formarán en un círculo. Una vez en él, cada integrante dirá su nombre, por ejemplo: Yo me llamo “Juan”. Seguidamente, la persona que está a su derecha deberá repetir el nombre de su compañero, más el suyo, por ejemplo: Él se llama Juan, yo me llamo “Karla”. La actividad continúa hasta que el último repita todos los nombres de sus compañeros.



Actividad: Saludos

Objetivo: Estimular la rápida respuesta de los participantes ante los cuatro saludos aprendidos.

Dominios para trabajar: Funciones ejecutivas, Atención y concentración, Orientación, Capacidades visoespaciales.

Material: Ninguno

Instrucciones: Los participantes se formarán en dos filas, de tal modo que una persona quede de frente a frente a otra. El facilitador dará las indicaciones de la actividad, estas corresponden a:

Cuando se salude con un “HOLA”, se deben dar la mano derecha. Cuando se diga “NI JAU”, los participantes deben levantar la mano derecha; con un “CIAO”, deberán levantar la mano izquierda, por último, con un saludo “SAYONARA”, unirán sus manos y se agacharan en forma de saludo.

Actividad: Comunicación/Acción

Objetivo: Estimular la escucha activa y el uso de la bilateralidad cerebral por medio de dos acciones contrarias.

Dominios para trabajar: Funciones ejecutivas, Atención y concentración, Orientación, Capacidades visoespaciales.

Técnica: Pausa activa

Material: Ninguno

Instrucciones: Los participantes se formarán de la siguiente manera, se colocarán de pie y se tomarán de las manos de forma circular. Una vez formados así, deberán responder de forma inmediata a las diferentes indicaciones que el facilitador indique:

- Decir lo opuesto a lo que yo digo, pero hacer lo que yo digo
- Decir lo que yo digo, pero hacer lo opuesto a lo que digo

Por ejemplo: “*Decir lo opuesto a lo que yo digo pero hacer lo que digo*”

“ADELANTE” “Los participantes de inmediato deberán decir “ATRÁS”, sin embargo, deben dar un paso hacia adelante

Variaciones:

Algunas de estas son:

- IZQUIERDA (Los participantes deberán decir “DERECHA”, pero dar un paso a su izquierda.
- ENANO (Los participantes deberán decir “GIGANTE”, pero agacharse en forma de enano
- OJOS CERRADOS (Los participantes deberán decir “OJOS ABIERTOS”, pero deberán cerrar los ojos

Después de la dinámica se analiza lo sucedido y su relación con los dominios de las capacidades cognitivas, así de como este ejercicio contribuya a la estimulación cognitiva.

Actividad: Ejercicios Hisae Takeyama

Objetivo: Promover la novedad, la alternancia, la asimetría, el ritmo, las combinaciones, la simultaneidad de movimientos distintos, realizar cosas inusuales y una sensibilidad de todos los sentidos.

Dominios para trabajar: Atención y concentración, Memoria, Funciones ejecutivas, Capacidades visoespaciales.

Materiales: Ninguno.

Instrucciones: Ejercicios diseñados para promover la novedad, la alternancia, la asimetría, el ritmo, las combinaciones, la simultaneidad de movimientos distintos, realizar cosas inusuales y una sensibilidad de todos los sentidos.



1er ejercicio: Puño- Mano

Se indica a los participantes de colocar la mano derecha extendida, posteriormente se solicita colocar el puño izquierdo en el pecho. Cuando el facilitador realicé un conteo de A, B, C, los participantes alternaran movimientos conjuntamente, esto quiere decir, que la mano

extendida pasará a puño en el pecho, y el puño pasará a mano extendida. Realizar este ejercicio 5 veces seguidas

2do ejercicio: Nariz-Oreja

Colocar el dedo índice y pulgar de la mano derecha en la nariz, asimismo, coloco el dedo índice y pulgar de la mano izquierda la oreja (cruzar los brazos). Al contar hasta 3, simultáneamente se alternan los movimientos, la mano que tocaba la nariz, cambiara a la oreja y así sucesivamente.

Variante: Añadir un aplauso cuando se realice la alternancia de los movimientos.

Ejercicio: Viviendo con la Familia Izquierdo

Objetivo: Reforzamiento de la escucha atenta y las capacidades visuoespaciales por medio de una historia que combina la derecha y la izquierda.

Dominios para trabajar: Atención y concentración, Memoria, Funciones ejecutivas, Capacidades visuoespaciales, Lenguaje.

Materiales: Objetos pequeños en forma de animales o cosas

Instrucciones: Los participantes se colocarán de forma circular, posteriormente a cada uno se le entrega un objeto pequeño en su mano. El facilitador narra la historia “Viviendo con la Familia Izquierdo”, en la cual cada vez que se menciona la palabra izquierdo o izquierda, los participantes deben pasar el objeto a la persona que está a su lado izquierdo. Asimismo, sucederá cuando dentro de la historia se mencione la palabra) derecha o derecho (los participantes darán el objeto a la persona que está a su derecha.

Variante: Podemos dificultar la tarea aumentando el ritmo de la narración

Historia: Viviendo con la Familia Izquierdo

Un día la familia **Izquierdo** decidió tomarse unas vacaciones. La primera cosa que tenían que hacer fue decidir quién se tenía que quedar en casa puesto que la silla **de recha** del carro estaba quebrada y no todos cabían en el carro de la familia. El Sr. **Izquierdo** decidió que la que se tenía que quedar sería la Tía **de recha**. Por supuesto que esto puso furiosa a la tía **Derecha** y ella salió gritando enojada “no verán el sol por la **izquierda** hasta que yo regrese”.

La familia **Izquierdo** tomó a los niños, Tomás **Izquierdo**, Susana **Izquierdo**, Carlos **Izquierdo** y Cecilia **Izquierdo** se montaron todos al carro por la puerta **de recha**, ya que la **izquierda** quedó bloqueada con el equipaje y partieron. Desafortunadamente, cuando tomaron la pista de la **derecha**, notaron que alguien había dejado el bote de basura a la mano **de recha** de la calle y no podían pasar. Detuvieron el carro, alguien le pidió a Tomás **Izquierdo** que saliera del carro para que quitara el bote de la basura. Le tomó mucho tiempo a Tomás **Izquierdo** quitarlo que casi lo dejan en la calle. Una vez que la familia **Izquierdo** se puso de nuevo en marcha, la Sra. **Izquierdo** preocupada pensó si había dejado la estufa **derecha** encendida. El Sr. **Izquierdo** le dijo que no se preocupara porque él revisó todo antes de salir. Una vez que doblaron en la calle de la **derecha**, cada quien empezó a pensar en otras cosas que habían olvidado.

Pensando en la Tía **Derecha**, no vale la pena preocuparse ahora, dijo la Sra. **Izquierdo**, estamos fuera rumbo a unas merecidas vacaciones. Cuando se detuvieron en una gasolinera, el Sr. **Izquierdo** llenó el tanque y fue hasta entonces que descubrió en su bolsillo **izquierdo** que había dejado su billetera en la casa. Después de este incidente, Susana **Izquierdo** empezó a sentirse mal y tenía ganas de vomitar. Por **derecha** la Sra **Izquierdo** se quedó en el carro. Mientras tanto el Sr. **Izquierdo** se quedó con su hijo jugando a la **derecha** de la carretera.

Con todo esto que estaba pasando, el Sr. **Izquierdo** decidió que no era el momento adecuado para irse de vacaciones. Llamó a toda la familia **izquierdo**, entraron todos al carro por la puerta **derecha** y dejaron la gasolinera tan rápido como habían llegado. Cuando llegaron a casa, entraron y miró por la ventana de la **derecha** y pensando “hubiera deseado que la familia **Izquierdo** no hubiese salido el día de hoy”.

Fin

Actividad: Memoria de caras

Objetivo: Estimular la atención y la concentración.

Dominios para trabajar: Funciones ejecutivas y atención y concentración.

Materiales: Proyector, dispositivo USB, Copias, Computadora.

Instrucciones: Los participantes tendrán que memorizar por espacio de un minuto, 4 personajes en forma de dibujo. Mismos contienen características muy particulares como: Nombre y apellido, color de cabello y diversos accesorios. Cumplido el tiempo establecido, se ocultará las imágenes proyectadas y se procederá a que los participantes respondan 4 preguntas.

Primera parte



Angélica Gómez



Eduardo Mora



Ana Herrera



Juan Ramírez

1. ¿De qué color es el cabello de Angélica?
2. ¿Quién o quiénes usan gafas?
3. ¿Alguien está usando un sombrero?
4. ¿Quién está usando un suéter verde?

Segunda parte

Una vez discutido y revisado las respuestas de forma grupal, se procederá a proyectar un nuevo juego de imágenes, esta vez se formarán parejas para que los participantes memoricen y respondan las preguntas



Ricardo Jiménez



Julia Pérez



Miguel Méndez



Priscilla Solano

1. ¿Dónde está la chica de cabello corto?
2. ¿Alguien usa barba?
3. ¿Quién o quienes usan lentes?
4. ¿De qué color es el cabello de Ricardo?

Actividad: Ejercicio de coordinación

Objetivo: Ejercitar la concentración y la respuesta rápida para responder correctamente a lo que el facilitador indique.

Dominios para trabajar: Atención y concentración, funciones ejecutivas.

Materiales: Proyector, dispositivo USB

Instrucciones: Los participantes tendrán que estar atentos para leer de forma correcta a las indicaciones que el facilitador les indique:

- Leer de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo la palabra
- Mencionar de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo el color



Actividad: Cantos Jocosos

Objetivo: Un canto jocoso tiene como objetivo el fomentar el goce estético por la música y los sonidos, además, que estimula el dominio del lenguaje, la movilidad y el equilibrio a partir de ritmos y movimientos divertidos.

Dominios para trabajar: Memoria, atención y concentración, funciones ejecutivas, capacidades visuoespaciales, orientación.

Materiales: Ninguno

Instrucciones: Los participantes se colocarán de forma circular y prestarán atención los movimientos y letra de la canción. Una vez memorizada se procederá junto al facilitador a realizar el canto jocoso.

Había un sapo

*"Había un sapo sapo sapo
Que nadaba en el río río río
Con su traje verde verde verde
Se moría de frío frío frío
La señora sapa sapa sapa
Que tenía una amigo amigo amigo
Que era profesor"*

Cataflaw

*"Cataflaw(pie derecho)
Cataflaw (pie izquierdo)
Cataflaw Cataflaw Cataflaw
A la chimichunguis chunguis chunguis
A la cataflauti flauti flauti
Que wow que wow que wow
wow wow...
(BIS)"*



Cantos jocosos adicionales

La Gallinita

*¡A ver, compañeros!
Bailando la gallinita...
¡A ver, compañeros!
Bailando la gallinita
Una alita por aquí,
Otra alita por allá
El piquito por delante
La colita por detrás”*

MERRY 1, 2, 3 (one, two, three)

*“MERRY 1, 2, 3 (one, two, three)
Cabeza.... MERRY 1, 2, 3 (one, two, three)
Cabeza, boca... MERRY 1, 2, 3 (one, two, three)
(Secuencia)*

Cabeza, boca, mano, codo, pie, rodilla, medio paso, paso entero, media vuelta, vuelta entera, toca el piso, un abrazo, un beso, cosquillitas... imaginación”

Yo tenía un tic

*“(Moviendo una mano)
Yo tenía un tic
Y me fui donde el doctor
Y el doctor me dijo
Que moviera la otra mano
Que la moviera así!*

Secuencia

*Pierna, cadera, hombro, la cabeza
Y la lengua etc.”*

Periquito

*"Periquito, periquito
Se parece a su mamá
Por arriba, por abajo,
Por delante y por detrás (Bis)*

*Pulgares afuera
¡achiKi chá, achiKi chá, achiKi chá chá chá...!*

*Pulgares afuera
Codos al centro
¡achiKi chá, achiKi chá, achiKi chá chá chá...!*

(Secuencia)

*Pulgares afuera,
Codos al centro,
Rodillas flexionadas,
Ojo cerrado,
Lengua afuera
¡achiKi chá, achiKi chá, achiKi chá chá chá...!"*

Motos, Carros y Camiones

"Coro: Motos, carros y camiones

Motos, carros y camiones

Motos, carros y camiones

Arreglémoslos con chicle

*El carro de mi jefe
tiene un hueco
en la llanta, (3 veces)
arreglémoslo con chicle*

El bum de mi jefe

*tiene un hueco
en la llanta, (3 veces)
arreglémoslo con chicle*

*(Secuencia)
El bum de mi mmm
tiene un psst
en la _____, (3 veces)
arreglémoslo con chicle*

Coro”

Ejercicio: Nació Chicho

Objetivo: Promover un espacio de Risoterapia por medio del juego y el sociodrama.

Dominios para trabajar: Memoria, atención y concentración, funciones ejecutivas.

Materiales: Ninguno

Instrucciones: Los participantes se formarán en un círculo. Una vez colocados de esa manera se indicará que deberán contarle a la persona ubicada a su derecha que “Nació Chicho”, y ese a su vez se lo dirá a la persona de su derecha y así sucesivamente hasta llevar al inicio. Posteriormente se brindan otras formas de expresar la noticia.

“Nació Chicho” de forma triste

“Nació Chicho” bailando.

Entre otras...

Actividad: Social Dance

Objetivo: El Social Dance es una actividad orientada hacia las personas adultas mayores que envuelve la música y la actividad física, exige de los participantes movimientos amplios, rápidos y lentos, coordinados, simultáneos, ritmados, acompañando la marcación del facilitador y del grupo.

Dominios para trabajar: Memoria, atención y concentración, funciones ejecutivas, capacidades visuoespaciales, lenguaje y orientación

Materiales: Radiograbadora-Parlantes- Música

Instrucciones: De forma sentada, cada participante seguirá las coreografías presentadas por el encargado.

Variante: El tipo de música.

Actividad: Reto del Masmellow

Objetivo: Fomentar el trabajo es grupo para la construcción de la torre más alta en diferentes materiales. Al finalizar la estructura se reflexionará el tema de proyecto de vida y capacidades cognitivas.

Dominios para trabajar: atención y concentración, funciones ejecutivas, capacidades visuoespaciales, lenguaje y orientación

Materiales: Masking tape, spaghetti y masmellow

Instrucciones: Se divide a los participantes en varios grupos, posteriormente se indica a cada grupo que se les entregará 20 spaghetti, además de metro y medio de masking tape para construir la torre más alta en 10 minutos de tiempo. Asimismo, se enfatiza que al minuto 10 se dará otra regla, esta consiste que en la cúspide de cada torre se deberá colocar un masmellow.

Reglas del ejercicio

- Ganará la torre más alta en pie y que estéticamente este más bonita
- Todos los participantes deberán trabajar para la construcción de la torre.
- Se podrá rasgar el masking tape y los spaghetti según lo deseen los participantes
- Se debe utilizar el metro y medio de masking tape y los 20 spaghetti
- No se podrá facilitar más material una vez iniciado el reto



Actividad: Tangrama

Objetivo: El tangrama consiste en construir nuevas formas a partir de las 7 figuras básicas.

Dominios para trabajar: Memoria, atención y concentración, funciones ejecutivas, capacidades visuoespaciales, lenguaje y orientación.

Materiales: 7 figuras geométricas (1 cuadrado- 1 romboide- 5 triángulos).

Instrucciones: Se trabaja de forma individual o grupal. Para este caso el facilitador pondrá a observar a los diferentes grupos, una figura en blanco (Cuadrado, gato, tortuga, entre otras), por un espacio de 10 segundos, al pasar del tiempo, los integrantes deberán ordenar las 7 figuras geométricas de forma que logren formar la figura solicitada.



Cuadrado



Gato



Tortuga

Actividad: El Marciano

Objetivo: Construcción de los conceptos de Salud, Promoción de la Salud, autonomía y estimulación cognitiva, por medio del relato de una historia.

Dominios para trabajar: Memoria y prácticas saludables

Material: Papel construcción y marcadores (Tarjetas)

Instrucciones: Se divide el grupo en cuatro, y se les narra la historia del “*Marciano*”, posterior a esto, se les solicita a los participantes que le expliquen al marciano lo siguiente:

- ¿Qué es la autonomía?
- ¿Cómo es vivida por las Personas Adultas Mayores en Costa Rica?
- ¿Qué es estimulación cognitiva?
- ¿Cómo han vivido abordado en el curso? ¿Creen que es importante, porque? ¿Les pueden enseñar al marciano?
- ¿Cómo es vista la persona adulta mayor en Costa Rica? ¿Debería ser vista de otra manera?

Historia: El Marciano

Imaginemos que hay un marciano que es un científico renombrado en su planeta y es especialista en la población adulta mayor marciana. Este marciano quiere saber cómo se desenvuelve este fenómeno en la Tierra y de manera que no se sepa de su presencia viene a nuestro planeta. Llega a nuestra clínica a las 9:00 am y tenemos que ayudarlo a explicarle cómo las preguntas siguientes:

(Se agregan las preguntas).

Actividad: Chi Kung

Objetivo: Incorporar nuevas técnicas de movilidad, equilibrio y capacidades cognitivas que contribuyan al fortalecimiento de la autonomía y las ADV.

Dominios para trabajar: Memoria, atención y concentración, funciones ejecutivas, capacidades visuoespaciales, lenguaje y orientación.

Materiales: Parlantes para la música o radiograbadora

Instrucciones: El Qigong, que significa ejercicios de energía interna, es un término genérico de diferentes ejercicios de meditación y terapia. El objetivo consiste en repetir las indicaciones y los movimientos que el maestro realiza al ritmo de la música. Los pasos son:

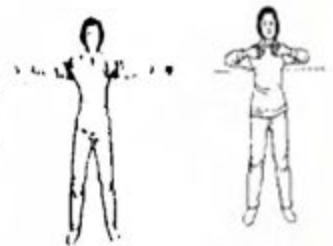


Paso 1: Paso de Partida y regulación de la respiración

Como su nombre lo menciona, busca la regulación del ritmo respiratorio, y ayuda a la relajación y tranquilidad de la persona, para así propiciar una mejora y protección de las funciones que desempeña el cerebro.

Paso 2: Abrir y expandir el pecho

Contribuye a reforzar las funciones respiratorias, por lo que aumenta el oxígeno en la sangre, lo que ayuda a la claridad del cerebro; propiciando así sensaciones de alegría, confianza, prontitud y reflexión rápida.



Paso 3: Balancear los brazos para separar las nubes

Se necesita un alto grado de concentración, además por el movimiento circular de los brazos se favorece el bombeo del corazón, lo que a su vez mejora la función de las articulaciones (de hombros, codos y rodillas).

Paso 4: Vaiven de los brazos en postura fija

Se sigue trabajando sobre la concentración, además de que se “cumple la función de expandir el tórax y, por tanto, puede prevenir y curar enfermedades de las articulaciones arriba mencionadas y regular y mejorar la función respiratoria”. (Ding, 1993, p.30)





Paso 5: Remar en el centro del lago

Paso 6: Regular el Qi con movimientos ascendentes y descendentes

Estos pasos se enfocan en lo mismo, aunque por medio de diferentes formas, pero se centran en la regulación de la mente, la respiración y la energía; además de que se trabaja la concentración, ya que esta es la base para realizar los movimientos.

Paso 7: El vuelo del Ganso silvestre



Paso 8: Regular el Qi en los meridianos REN y DU

Con la concentración se guían los meridianos Ren y Du del pequeño círculo del Qi a fin de regular, mejorar y fortalecer la función equilibrada entre estos dos meridianos. El meridiano Ren está estrechamente relacionado con la reproducción, controla todos los meridianos Yin del cuerpo. La palabra "Du" significa "gobernador" y "comandante". Este meridiano gobierna todos los meridianos Yang". (Ding, 1993, p.152)

Fuente: Elaboración propia a partir Ding (1993), imágenes tomadas de Ding (1993).

Actividad: Alimentación Inteligente

Objetivo: Reforzar los conocimientos de las personas adultas mayores acerca la Alimentación Saludable y aquellos alimentos que estimulan algunas capacidades cognitivas

Dominios para trabajar: Memoria, Atención y concentración, lenguaje

Materiales: Proyector, Computadora

Instrucciones: Por medio de una sesión educativa, se les facilitara información básica a los participantes sobre conceptos referentes a la alimentación saludable y su importancia en la etapa de la vejez. Esto conlleva la definición, los diferentes grupos alimenticios, los tiempos de comida y por último una lista de alimentos que refuercen las capacidades cognitivas.

¿Qué es una Alimentación Saludable?

Según Guías Alimenticias del Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) es el proceso de “Elegir una alimentación que aporte todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana”. Los nutrientes esenciales de una alimentación saludable son: Proteínas, vitaminas, minerales.

Dentro la alimentación se distinguen cuatro grupos importantes de alimentos:



Fuente: Guías alimentarias, Ministerio de Salud (2011).

¿Qué y cuáles son los tiempos de comida para una alimentación saludable?

Según las Guías Alimenticias (2011) los tiempos de comida es el tiempo en que la persona dispone para alimentarse, se recomiendan cinco tiempos de comida para mantener el metabolismo activo.



Fuente: Elaboración propia a partir de Guías Alimenticias (2011).

La Alimentación Inteligente constituye todo el proceso cerebral para seleccionar aquellos alimentos que reforzarán nuestras capacidades cognitivas. Por ello, recuerda:

- En la Corteza Pre Frontal: Qué, cuándo y dónde comer
- En la Amígdala: Selección de Alimentos con base a la experiencia
- Las orexinas mejoran los procesos de atención y memoria
- Existen genes especializados en el almacenaje de nutrientes y hormonas que colaboran en este proceso

Sabías que... el placer no es un estímulo, es una construcción que el cerebro establece para garantizar la repetición de la conducta. El placer a comer es una consecuencia de los sentidos como estímulos.

Sabías que... La grasa saturada produce déficits en el aprendizaje y la memoria, mientras que la grasa insaturada (omega 3y 6) protegen contra el deterioro.

Por lo tanto, te presentamos

Chef Cerebro	
Pescado	Kiwi
Cúrcuma	Nueces
Arándanos	Fresas
Cebollas	Manzanas
Espárragos	Aguacate
Espinacas	Lechugas
Aceitunas	Berros
Pepino	Zanahoria
Garbanzos	Lentejas
Semillas de girasol	Lácteos
Almendras	

Fuente: Dra. Karla Vanessa Camacho (2018).

Actividad: Verdad o Falso sobre la vejez

Objetivo: Evaluar la percepción que tienen las personas adultas mayores acerca el proceso de envejecimiento.

Dominios para trabajar: Memoria, atención y concentración, Lenguaje y funciones ejecutivas.

Materiales: Proyector y dispositivo USB.

Instrucciones: Se presentará a continuación una serie de frases que representan una mirada sobre el proceso del envejecimiento. Los participantes deberán indicar si es verdadera o falsa la información.

Enunciado

La vejez es una enfermedad, la cual debe tratar de detenerse

FALSO

Explicación

Una persona adulta mayor se enferma **como cualquier otra** persona, por condiciones biológicas, psicológicas, espirituales, ambientales, sociales, estilos de vida...

La vejez significa pérdida de autonomía

FALSO

Las personas adultas mayores, en su mayoría, **son autónomos, autovalentes e independientes**. Son pocas las ocasiones que necesitan más ayuda, sin embargo esto no debe ser visto negativamente.

Las Personas Adultas mayores no producen

FALSO

Es importante eliminar esta idea, ya que **no dependen de la edad**.

Todas las personas envejecemos igual

FALSO

El envejecimiento es un proceso individual que **depende del estilo de vida** de cada persona.

Que las personas adultas mayores se llevan mal con los jóvenes

FALSO

Las relaciones entre las personas dependen de otros aspectos como **forma de ser, forma de socializar, compartir gustos y/o actividades afines, cultura**, entre otros.

Con el pasar de los años disminuyen algunas capacidades físicas

VERDADERO

Esto **no** significa que las PAM estén incapacitadas para desarrollar sus actividades cotidianas, a menos que sufran una enfermedad que los incapacite.

Todas las personas adultas mayores deben residir en hogares de ancianos

FALSO

Se les debe respetar a las personas vivir en el lugar que decidan, siempre y cuando, sea posible.

Los adultos mayores se vuelven una carga

FALSO

Las PAM en muchos casos se vuelven un **apoyo económico** o para el cuidado de terceros.

Las personas adultas mayores tienen mal carácter

FALSO

El mal carácter **no** es producto de la edad, hay personas que a lo largo de la vida son testarudas, cascarrabias...

Ser una Persona Adulta Mayor es feo

FALSO

Percepción errónea, el cuerpo siempre está cambiando, y lo importante es la actitud y la forma en la que vivimos cada etapa de la vida.

Que las personas adultas mayores no deben sufrir ni enterarse de cosas negativas (como pérdidas)

FALSO

Dependiendo de los acontecimientos negativos cualquier persona se puede ver afectada, y **todos tenemos derecho** a conocer lo que pasa a nuestro alrededor.

Se debe tratar a las PAM como niños (as)

FALSO

La infantilización de las PAM **podría tener consecuencias** como ridiculización, sobreproteger o irrespetar. Y no hay necesidad de tratarlos así.

Las personas adultas mayores tienen tanta capacidad como habilidad para aprender como cualquier otra persona

VERDADERO

Las enfermedades mentales **no** son propias de la vejez y su incidencia en esta etapa no es tan elevada como para afectar el aprendizaje.

Son proclives a sufrir accidentes

Esto **depende** de las capacidades físicas y cognitivas de las personas. De ahí la importancia de participar en programas que fortalezcan estas capacidades.

A las PAM les gusta estar solos

FALSO

Las personas **no** se aíslan por encontrarse en la etapa de la vejez, existen otras causas como la historia de vida, situaciones que experimentan, entre otros...

No tienen vida sexual ni sexualidad

FALSO

El interés sexual **no** se pierde con la edad. Las PAM siguen experimentando deseos y ejercitando su función genital, a menos que alguna enfermedad se lo impida.

Las PAM se deprimen mucho

FALSO

Las causas de la depresión **no** se relacionan directamente con la vejez, sino con experiencias y vivencias.

Fuente: Elaboración propia a partir del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2013).

Actividad: Papa Caliente

Objetivo: Evaluar el alcance del proceso educativo por medio de preguntas basadas en la experiencia de vida y grupal trabajada en las sesiones.

Dominios trabajados: Memoria, atención y concentración, Lenguaje y funciones ejecutivas. Orientación y capacidades visuoespaciales.

Materiales: una papa.

Instrucciones: Los participantes se formarán en un círculo, todos de pie. Se les indica que va a circular de mano en mano una “papa caliente” conforme el facilitador aplaude o suene la música. Cuando se detenga el sonido, la papa se detendrá y la persona que tenga la papa deberá responder una pregunta basada en los conocimientos aprendidos.

Actividad: Emoji

Objetivos: Generar una calificación de manera gráfica basada en la ejecución de las actividades realizadas.

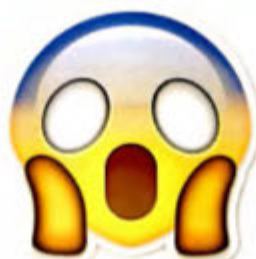
Dominios trabajados: Memoria, atención y concentración, Lenguaje y funciones ejecutivas.

Materiales: Fotocopias, Plástico adhesivo, goma, paletas

Instrucciones: Como una forma de evaluar los ejercicios de los participantes, se elaboran emoji con diferentes emociones. Estas representan la evaluación que el facilitador brinda al grupo en las diferentes actividades.



Excelente ejecución del ejercicio



Sobresalieron en la ejecución de los ejercicios



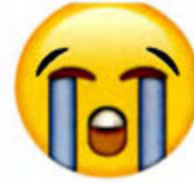
Buena ejecución de los ejercicios



Ejecución de los ejercicios
dudosa



Trampa en los ejercicios



Ejercicios ejecutados
incorrectamente

Fuente: Imágenes tomadas de internet.

Ejercicio: Tarjetas del conocimiento

Objetivo: Construcción de los conocimientos basado en las experiencias y aprendizajes adquiridos.

Dominios trabajados: Memoria, atención y concentración, Lenguaje.

Materiales: Papel de construcción y bolígrafos.

Instrucciones: A cada participante se le entregara 4 tarjetas con 4 preguntas. Ellos deberán responder lo que consideran o conocer sobre las interrogantes solicitadas. Al final el facilitador recogerá las tarjetas y conjuntamente de forma grupal, se socializará las respuestas para la construcción de las definiciones.



Ejercicio: Lluvia de Ideas

Objetivo: La lluvia es una herramienta de trabajo grupal cuyo objetivo es el surgimiento de nuevas ideas sobre el tema o el problema determinado a trabajar.

Dominios a trabajar: Memoria, atención y concentración, Lenguaje y Funciones ejecutivas.

Materiales: Pizarra y marcadores

Instrucciones: El facilitador se colocará al frente de la pizarra solicitara ideas o frases sobre las siguientes preguntas:

¿Qué entienden por salud?

¿Qué entienden por Promoción de la Salud?

¿Qué entienden por envejecimiento?

¿Qué entienden por estimulación cognitiva?

Referencias Bibliográficas

- Acosta et al. (2012). La Enfermedad de Alzheimer Diagnóstico y Tratamiento. Una perspectiva latinoamericana. Editorial Médica Panamericana
- Alvarado, A. y Salazar, M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia
- Basto, D. M. y Rodríguez, J. (2012). Beneficios de un Programa de Estimulación Cognoscitivo comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia. Corporación Universitaria Iberoamérica. Colombia. Recuperado en file:///E:/Protocolo/cognición/116a05.pdf
- Cabras, E. (2012). Tesis Doctoral: Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Madrid, España
- Calderón, L.; Congote, C.; Richard, S.; Sierra, S. y Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista CES Psicología*. vol.5.no.1. pp. 79-80. Recuperado de file:///C:/Users/wen/Downloads/Dialnet AportesDesdeLaTeoriaDeLaMenteYDeLaFuncionEjecutiva-3977315.pdf
- Comunicación con la Dra. Castillo, Karla. Comunicación personal en agosto, 2018.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). Envejecimiento Poblacional. República de Costa Rica.

- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). Normativa en beneficio de la Población Adulta Mayor. República de Costa Rica.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). Mitos y Estereotipos acerca del envejecimiento y la vejez. República de Costa Rica
- Cruz, M., Martínez, J., Muñoz, Y., Rosero, L. (2004). La Salud de la Personas adultas mayores en Costa Rica. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y Organización Mundial para la Salud. San José, Costa Rica
- Ding, L. (1993). TAIJI QIGONG. 28 pasos para su energía interior. Buenos Aires, Argentina. Primera Edición
- Feito, L. (1996). El sueño de posible. Bioética y terapia génica. Catedra de Bioética. Universidad Pontifica Comillas. Madrid. España.
- García, J. (2009). *Estimulación Cognitiva*. Recuperado de <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-9-texto.pdf>
- Garmedio, F., Delgado, D., & Amaya, M (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.
- Gavidia, V., Talavera, M. 2012. La construcción del concepto de salud. Recuperado de: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
- Jara, M. (2007). La estimulación Cognitiva en Personas Adultas Mayores. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Recuperado en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

- Merchán, M. y Henao, J. (2011). Influencia de la percepción visual en el aprendizaje. *Ciencia y tecnología en salud visual y ocular*. Vol.9. no.1. pp. 94-95.
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo5599290.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2011). Guías de Alimentarias para Costa Rica. San José, Costa Rica. 2da Edición, 2011
- Muñoz, A. y Vakkiva, E. (2007). Razonador Geométrico Aplicado al Caso del Tangrama Chino Simplificado. Universidad Politécnica de Puebla. México.
Recuperada de <file:///E:/Protocolo/Proyecto%20TFG/Anàlisis/tangrama.pdf>
- OMS. (1998). Glosario de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ginebra
- Organización Panamericana de la Salud., Ministerio de Salud. Y Consejo Nacional del Adulto Mayor. (2004). La Salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. San José. Costa Rica.
- Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Revista Cubana de Salud Pública.
Recuperada de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200004

Capítulo 5. Conclusiones

A partir del proceso educativo desarrollado en este proyecto y del análisis de los datos que este propicio, se lograron identificar una serie de conclusiones, las cuales se exponen a continuación.

- El programa “PROEVISA” (Programa de Estilos de Vida Saludables) contempla una experiencia local de Promoción de la Salud, hace el abordaje de algunos de los contenidos y además ha proporcionado un marco de trabajo en y con la comunidad desde 1991, por lo cual, el trabajo de investigación se basó en ofrecer un nuevo elemento a desarrollar como es el de potenciar actividades para el mejoramiento cognitivo en las Personas Adultas Mayores que están en el área de atracción de la clínica.
- Las técnicas diagnósticas permitieron identificar los conocimientos previos al proyecto que tenía la población meta en cuanto a los temas de envejecimiento saludable, capacidades cognitivas, estimulación cognitiva y los factores determinantes de estos. Cabe señalar que estos aprendizajes se adquirieron en proyectos que la Clínica de Tibás ha desarrollado previos a la presente investigación, sin embargo, el tema de estimulación cognitiva fue una novedad para las PAM, por lo cual se enfatizó el mismo.
- Con relación a lo anterior, Rojas (2016) señala que “la fase diagnóstica [...] detecta el estado inicial de conocimiento antes de iniciar con otros nuevos, pero indaga sobre los conocimientos previos” con lo que se favorece el proceso de enseñanza-aprendizaje. Lo que se intenta es conocer el punto de partida y orientar las acciones al desarrollo de una situación objetivo que es el mejoramiento de la situación de partida mediante una intervención definida.
- El ejercicio diagnóstico permitió adaptar las técnicas a los saberes de los participantes, con la finalidad de profundizar y aclarar dudas en torno a los ejes temáticos, con la intención de mantener la participación y el interés de las PAM. Para alcanzar esto, se concluye que el rol del facilitador debe orientarse en el desarrollo de actividades que motiven e integren a la población objetivo en el proceso implementado.
- Específicamente en lo que respecta al proceso de envejecimiento experimentado por la población meta, por medio de la aplicación de varias técnicas de análisis y profundización, se evidenció que un 80% de las PAM reconoce los factores de

protección que propician un mayor bienestar en su salud y a su vez identifican aquellos factores de riesgo que podrían influir en su calidad de vida.

- Referente a las capacidades cognitivas, la aplicación de la escala de medición MoCA evidenció que los dominios que obtuvieron menor puntuación fueron la memoria (1,91 de 5), las capacidades visuoespaciales (2 de 4 posibles puntos) y las funciones ejecutivas (2,83 de 4), sin embargo por la aplicación del KATZ se identificó que estas deficiencias no afectan el desarrollo de las actividades de la vida diaria del grupo.
- Lo anterior, concuerda con el análisis presentado en el texto *La Salud de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica* (OPS, el Ministerio de Salud y el CONAPAM), el cual aborda el tema del efecto que tiene el proceso de envejecimiento en la cognición de las personas, donde la declinación en los dominios como la memoria y las funciones ejecutivas es la más presentada; por lo tanto, los resultados obtenidos en esta investigación se asemejan a los descritos en este análisis.
- Por otra parte, en lo que respecta al tema del proceso de envejecimiento y las prácticas saludables, en los resultados obtenidos a través de la aplicación de técnicas evaluativas y de profundización, se evidencia que casi un 80% de los participantes poseen conocimientos muy similares a la teoría consultada en lo que respecta a ejes temáticos como: ejercicio y actividad física, cambios físicos del proceso de envejecimiento, alimentación adecuada. Esto contribuyó a la dinámica de las sesiones, debido a que se aprovecharon estos para ahondar en aspectos de la forma en la que estos ejes influyen en la vida de las PAM de manera positiva y/o negativa, y como se pueden emplearse para mejorar la calidad de vida en este grupo etario.
- Por medio de la actividad falso y verdadero, se encontró que el 90% de la población meta identifica correctamente los mitos y estereotipos del proceso de envejecimiento presentados en el proyecto y expuestos por el CONAPAM en su publicación *Mitos y Estereotipos acerca del envejecimiento y la vejez*. Esto permitió la reflexión sobre la percepción que posee la población costarricense de las PAM, la cual es negativa y se traduce y reproduce por medio de una serie de estereotipos y estigmas que afectan a este grupo etario, lo que, se puede

convertir en consecuencias negativas resultados de la ridiculización, sobreprotección o irrespeto que estos mitos pueden provocar.

- A pesar de esta situación, durante el ejercicio de la actividad, se identificó que aunque la población meta reconoce este fenómeno y no están de acuerdo con la visión negativa que se tiene de la población adulta mayor, su discurso y accionar se encuentra influido por algunas creencias, opiniones y formas de desenvolverse en el ámbito familiar y social que limitan su accionar, y reproducen algunos de estos estereotipos, principalmente en lo que respecta a autonomía. Como ejemplo de esto la PAM 6 menciona “tenemos que adaptarnos al entorno, a lo que digan los hijos de lo que podemos hacer o no”.
- La estimulación cognitiva así como la promoción de factores de protección en esta población, se puede reforzar por medio de un proceso educativo, el cual para efectos de este proyecto se caracterizó por contemplar aspectos como las realidades de las personas participantes, propiciar la motivación para la adopción de nuevos hábitos saludables, la utilización de herramientas como la Educación para Salud, el promover la participación de todas las personas asistentes a las sesiones, entre otros aspectos. Esto generó interés, aceptación y apropiación de los ejes temáticos por parte de las PAM.
- Lo cual sugiere que el proceso educativo es una técnica clave para propiciar el reforzamiento de las capacidades cognitivas así como para la adopción de prácticas saludables, ya que así como menciona Rojas (2015) la educación juega un papel fundamental en la formación de las personas, en la transmisión de saberes y el acervo histórico y cultural de la sociedad. Sin embargo, tanto lo presentado por este autor como el resultado de esta experiencia enfatiza en que un factor clave para propiciar esto es la planificación que se genere antes y durante el proceso.
- Este proyecto refuerza lo sugerido en diferentes declaraciones y conferencias de Promoción de la Salud, en las cuales se plantea que la Educación para la Salud es una herramienta clave para el desarrollo de proyectos participativos que busquen la adopción de herramientas y fortalecimiento de aptitudes y destrezas para mejorar la salud y la calidad de vida, propias.
- Se considera que factores como la adaptación de las técnicas a la población meta, el abordaje integral y participativo de los temas, el uso de herramientas de

Promoción de la Salud (trabajo por alianzas, educación para la salud, integralidad de los contenidos, entre otros), el rol del facilitador, el ambiente, son factores clave para la adopción y mantenimiento de las prácticas saludables deseadas en los proyectos.

- En este proyecto, se observó la apropiación de los temas por parte de las PAM, puesto que, la población buscó ampliar sus conocimientos por medio de otras fuentes de información, como internet. Estas experiencias fueron compartidas en las sesiones siguientes por los participantes; asimismo, el intercambio de conocimientos con pares y familiares, fue otra característica del proyecto, ya que en al menos 5 de las sesiones, algunos participantes hicieron alusión a que compartían las experiencias con otras personas y las motivaban sobre la importancia de buscar un envejecimiento saludable.
- En la búsqueda de que las PAM incorporaban prácticas saludables como parte de las actividades de la vida diaria, se observó que realizan acciones para estimular sus capacidades cognitivas, puesto que, al inicio de cada sesión, los participantes manifestaban como ejecutaban actividades de la vida diaria desde la mano No dominante, asimismo, enfatizaban en ciertas recomendaciones para mantenerse más saludables (como ciertos hábitos ahondados en las sesiones). Esto evidencia la importancia de un abordaje amplio e integral y constructivista que considere conocimientos previos, así como las experiencias de los participantes y motivar a estos.
- El proceso se fundamentó en un enfoque de Promoción de la Salud, debido a que este busca el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud de las poblaciones, y desde 1986 en la Carta de Ottawa, se plantea como un medio para proporcionar las herramientas que las poblaciones mejoren su salud con base a cinco líneas de acción, las cuales fueron contempladas en este proyecto. Esto debido a que dicho enfoque proporciona una nueva manera de abordar los determinantes que influyen en el proceso de salud-enfermedad. La declaraciones y conferencias en las que se ahonda sobre la Promoción de la Salud, proponen una nueva perspectiva de cuidado de la salud y mejora de la calidad de vida, que fue utilizada en este proyecto y contribuyó a que los resultados fueran positivos
- Se identificó que la motivación fue un eje fundamental, debido a que esta propició que los participantes se mantuvieran interesados en continuar en el

proyecto (ya que en todas las sesiones se mantuvo una constancia de 20 PAM, y solo cuatro personas desertaron en el proceso), en desarrollar las técnicas del mismo (todas las PAM realizaron las actividades con interés), en buscar información para ahondar en los contenidos temáticos y compartir con el resto del grupo lo encontrado. Esto permitió la identificación de las personas con el grupo, los facilitadores y con los temas, lo cual generó la apertura de los canales de comunicación que una vez concluido el proyecto el grupo siga en contacto por medio de tecnologías de comunicación (redes sociales) y utilicen esta herramienta para compartir instrumentos de estimulación cognitiva (ejercicios prácticos) e información de prácticas saludables.

- Fue posible constatar que, en el transcurso de este proyecto la población meta expreso que se sintió en un ambiente agradable, seguro, en el que fortalecieron lazos con compañeros y con amigos y familiares (estos dos últimos cuando aplicaban actividades aprendidas en el proyecto en el ámbito familiar y social), lo que también se convierte en un factor protector, ya que es una convivencia positiva entre pares.
- Se resalta la importancia de contemplar varios factores en las sesiones educativas, como el tipo de facilitador, las temáticas, las actividades utilizadas y el proceso de sistematización para alcanzar la motivación óptima de la población respecto al tema. Esto también es señalado en el estudio “Estimulación cognitiva: Guía y material para la intervención” realizado por Martínez (2002), en el que se propone los factores mencionados anteriormente para alcanzar los resultados deseados
- Se reconoció que el rol del facilitador o los facilitadores en la aplicación de las actividades es clave para motivar a la población meta, debido a que son los que presentan los temas y son los encargados de generar que los participantes se interesen y adopten los mismos. A partir de los comentarios de las PAM, como por ejemplo “nos gustan como desarrollan las actividades” PAM 2, “me gusta sus personalidades y como hacen las sesiones” PAM 9; se observa que el rol desempeñado por estos contribuyó a un ambiente positivo en el cual el grupo se sintió cómodo y anuente a participar.
- La aplicación de nuevas temáticas para el fortalecimiento de las capacidades cognitivas; el desarrollo de dinámicas lúdicas en la población meta, así como la

medicina oriental del Chi Kung, contribuyó a la participación de las PAM en estos espacios, ya que generó un interés especial debido a que les resultó actividades innovadoras e interesantes.

- Se evidenció que el proyecto se benefició por el proceso de sistematización, ya que el mismo permitió llevar un control de lo acontecido en las sesiones, y efectuar los cambios y/o modificaciones para adaptar las técnicas a la población, así como para incorporar nuevas con base a las necesidades observadas. Por consiguiente, se concluye que los registros en los cuales se documente lo que pasa (logros, beneficios, oportunidades, debilidades, entre otros aspectos) en las sesiones contribuye al fortalecimiento del proyecto, y a tener evidencia sólida para futuras actividades, permitiendo que las actividades puedan ser adaptadas a otros escenarios.
- Promoviendo un trabajo interdisciplinario desde Promoción de la Salud, se concluye que el presente proyecto es una muestra que el abordaje se puede dar desde una visión más integral, promoviendo el control de los determinantes que afectan la salud de la población, por medio del uso de una serie de herramientas. Lo cual plantea la relevancia de incorporar la Promoción de la Salud (y sus profesionales) en los servicios de salud. Por lo que se alienta a que instancias como la CCSS, el Ministerio de Salud, el CONAPAM, AGECO, Municipalidades, entre otras instancias a que contemplen esto, ya que así podrían ampliar la forma en la que aborden las temáticas y cumplan sus objetivos.
- Aunado a lo anterior, diferentes políticas y estrategias dirigidas a la PAM, como por ejemplo en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se plantea garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. En el marco legal, el desarrollo de este tipo de proyectos está respaldados por la ley 7935: Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Ley 5395: Ley General de Salud, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021, Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable 2011-2021.
- Como el marco legal y normativo, aunado al cambio demográfico en el cual la población adulta mayor aumenta su esperanza de vida, se propicia un ámbito para incursionar en acciones que solventen las necesidades latentes de esta población y promuevan un envejecimiento saludable. Para ello, se propone que

sean iniciativas que pasen de la atención asistencialista a una integral, para lo que se plantea la adopción del enfoque de Promoción de la Salud, ya que este busca un abordaje integral.

Capítulo 6. Recomendaciones

Como parte del proceso desarrollado se identificaron una serie de mejoras que deberían ser contempladas para futuros proyectos similares. Estos cambios se proponen en dos sentidos, (1) a futuros ejecutores de este tipo de iniciativas, en la que se incluye principalmente a la Clínica Integrada de Tibás, pero también se contempla otras instancias (por ejemplo el Ministerio de Salud, ASCADA, AGECO, CONAPAM, las Municipalidades, la UCR, entre otras); y (2) a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, quien es la instancia en la que se formaron los profesionales que ejecutaran este proyecto.

Recomendaciones especificadas para la Clínica integrada de Tibás:

- Creación de un Programa de Gerontología, que tenga dentro de sus funciones, la atención integrada de las Personas Adultas Mayores por medio de la creación de políticas institucionales que orienten y supervisen las acciones en específico para este grupo poblacional en los diferentes servicios del centro médico.
- Producto del análisis del proceso educativo realizado en los personas adultas mayores, se recomienda la creación de una *Unidad de Memoria* en la Clínica Integrada de Tibás, que responda a varios de los objetivos planteados en el Plan Nacional para la Enfermedad del Alzheimer y Demencias relacionadas 2014-2024, en cuanto al mejoramiento del acceso al diagnóstico de enfermedades neurocognitivas y las formas de atención integral, así como, el fortalecimiento de la coordinación entre los actores sociales. Para lograr esta Unidad de Memoria se recomienda:
 - a. Identificar los recursos humanos, de servicios y de infraestructura existentes en la Clínica Integrada de Tibás.
 - b. Diseñar un Plan Estratégico de Unidad de Memoria basado en los recursos identificados
 - c. Orientar acciones en Promoción de la Salud para el fortalecimiento del Plan Estratégico Unidad de Memoria
 - d. Captar a la población adulta mayor sin o con deterioro cognitivo leve.

e. Desarrollar las temáticas interpuestas en el Plan Estratégico de Unidad de Memoria

- Considerar la integración de profesionales en Promoción de la Salud que contribuyan a afianzar el equipo del PROEVISA para continuar con el desarrollo de proyectos de envejecimiento saludable con énfasis en estimulación cognitiva y prácticas saludables. En el caso de que no se pueda contratar a este profesional, se recomienda que el programa conforme una alianza con la carrera de Promoción de la Salud de Escuela de Salud Pública, con la finalidad de que los estudiantes de dicha carrera planteen y efectúen proyectos en esta instancia.
- Aunque el salón multiusos es un espacio amplio, y cuenta con las condiciones mínimas en cuanto a buena iluminación, ventilación y equipo tecnológico, se recomienda la reestructuración o la asignación de otro espacio exclusivo para PAM, donde este rotulado, cuente con barandas y herramientas de apoyo, así como de material didáctico para el público adulto mayor que asiste; por lo cual es importante la creación de ese espacio tipo “aula educativa” donde se realicen todas las diferentes actividades que ofrece la Clínica Integra de Tibás.
- Para futuros proyectos investigativos en el tema de deterioro cognitivo, procurar incluir, aunque sea de tipo observacional, otros profesionales en las diferentes actividades, esto en aras de fortalecer el trabajo multidisciplinario y apoyar desde el “expertis” de cada profesional, con nueva información o ejercicios para desarrollar y reforzar los conocimientos del proceso de envejecimiento
- Generar espacios de escucha y capacitaciones periódicamente con el personal en salud de la clínica, para el desarrollo de competencias y procesos de sensibilización para mejorar la atención hacia con las PAM. Asimismo, estos espacios tienen como objetivo, que estos profesionales, sin especificar su rama, tengan los conocimientos básicos sobre los indicadores del deterioro cognitivo, con ello, entablen una comunicación profesional- usuario, donde este último o su familiar comprenda sus padecimientos.
- Que el servicio de nutrición en la Clínica Integrada de Tibás, profundice sobre otras problemáticas referentes a la alimentación en específico de una PAM,

puesto que, se identificó durante el proceso educativo, que estas personas manifestaban tener algo o poco conocimiento en cuanto a porciones, plato nutricional, etcétera, lo cual es preocupante ya que según con autores consultados, el buen funcionamiento biológico, psicológico de una persona de esta edad, se deberá a la forma y tipo de alimentación que consume, asociada también a la actividad física que realicé. Por lo tanto, se recomienda abordar temas relacionados a la disfagia, que es una patología poco conocida a pesar de su elevada prevalencia.

- Como la Promoción de la Salud se basa en los determinantes sociales de la salud, es importante crear alianzas público- privado entre la Clínica Integrada de Tibás, el Colegio de Odontólogos de Costa Rica, el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, el CONAPAM para la atención odontológica de la PAM adscritas a este centro, en cuanto a la valoración del estado de las prótesis dentales de estas personas, debido a que se logró observar en algunos de los participantes, el faltante de una o varias piezas dentales, asimismo, algunos manifestaron que por falta de dinero no han logrado cambiar su prótesis, razón por la cual han dejado de alimentarse con productos de origen animal (carnes), importantes ya que son fuentes de proteína, vital para el fortalecimiento de los músculos de las personas.

Recomendaciones para futuros ejecutores de este tipo de proyectos (incluye la Clínica):

- Las zonas azules son un pilar a alcanzar, debido al impacto positivo en la población en cuanto a su esperanza y calidad de vida de estas personas; por ende se han convertido en un ejemplo de envejecimiento saludable. La Región Chorotega, de Costa Rica, se ha posicionado a nivel mundial como una de estas zonas, por ende, considerando que en otras regiones del país hay PAM con las mismas condiciones y teniendo en cuenta que este tipo de envejecimiento es un ideal para el pueblo costarricense, se recomienda estimular el desarrollo de este tipo de proyectos, debido a los beneficios en la salud física, mental, espiritual, social, entre otros que se ha observado.

- Fortalecer estrategias como la educación para la salud, en la cual se debe contemplar la comunicación en salud, como medio para la interacción y difusión de la información referente al proceso educativo de fortalecimiento de las capacidades cognitivas, ante otras instituciones de salud y universidades para la inclusión de la temática del envejecimiento y deterioro cognitivo en las áreas que correspondan.
- Se recomienda incorporar a este tipo de proyectos otras metodologías, para enriquecer los procesos y poder comparar la que mejor responde a esta necesidad.
- Aunque para efectos de este proyecto se utilizaron como escalas de valoración cognitiva el MOca y el KAZT, se conocen que existen un compendio de otras escalas por lo cual se recomienda conocer las características de la población meta para así determinar el instrumento adecuado a la misma y al objetivo del proyecto.
- Es importante considerar los conocimientos que tiene la población meta respecto a los temas que se desean abordar, ya que con ello se pueden direccionar las actividades con la finalidad de mantener motivada a la población y que las mismas generen un mayor impacto.
- Con la ejecución de las sesiones educativas, se comprobó que las intervenciones más efectivas fueron en las que se reforzaban la motivación en la población y las que contenían ejercicios prácticos por lo que se recomienda a este centro médico, considerar estos aspectos en la planificación de actividades en esta área.
- El facilitador (a) debe ser consciente del impacto que puede tener en la población meta, ya que esto afectaría el proceso de forma positiva o negativa. Esta persona es la encargada de propiciar un ambiente que facilite el proceso educativo, y es quien incentiva o fortalece la motivación del grupo, lo cual es considerado un factor clave en la consecución de los objetivos.
- Considerando que las actividades implementadas en el proceso contribuyeron a la consecución de los objetivos, se recomienda a futuros ejecutores contemplar en proyectos de envejecimiento saludable, con énfasis en la estimulación cognitiva y prácticas saludables, el compendio de actividades resultantes de este proyecto y adaptarlo a la realidad de las futuras poblaciones meta, ya que las mismas son versátiles, pero siempre se debe considerar las necesidades y capacidades de los diferentes grupos.

- Incorporar nuevos instrumentos evaluativos que tengan una mayor profundidad y que permitan un mayor análisis de los efectos generados a partir de las acciones implementadas.
- Se recomienda a las instancias encargadas de velar el cumplimiento de la ley 7935, la ley 5395, y varias políticas y estrategias (mencionadas en la justificación del proyecto) incursionar en la ejecución de proyectos de este tipo, debido a que se observó que un abordaje integral sobre las necesidades de este grupo etario influye en los estilos de vida que permiten el envejecimiento saludable.
- Se recomienda que se realice seguimiento a las personas participantes en este tipo de proyectos, debido a que esto contribuye a evaluar el impacto de este tipo de iniciativas, esto se plantea ya que se observó que después de concluido el proyecto las PAM continúan en contacto y promoviendo actividades para la estimulación cognitiva.

Recomendaciones para la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica

- Se evidencia la necesidad de que el profesional en Promoción de la Salud conozca aspectos sobre el deterioro cognitivo y la estimulación de capacidades cognitivas en la población adulta mayor, ya que esto podría ser un factor de éxito en la implementación de programas, proyectos o actividades en específico. Por lo cual se recomienda, que la Escuela de Salud Pública incorpore este ámbito dentro de su malla curricular, específicamente en los proyectos formativos: *Educación para la Salud I y II y en Estrategias de Salud Inclusivas y participativas en grupos prioritarios*, en este último es donde el equipo investigador, cree que el abordaje de las demencias, deterioro cognitivo y envejecimiento es vital para adquirir herramientas teórico- prácticas para responder a los desafíos de la sociedad costarricense en este tema
- Considerando que el aumento de la esperanza de vida en Costa Rica, aunado a las necesidades propias de la población adulta mayor con lleva una serie de desafíos para los servicios de salud, se plantea reforzar los saberes del profesional en Promoción de la Salud respecto al tema de envejecimiento.

- Propiciar el desarrollo y la continuidad de proyectos que abarquen temas de interés para la Salud Pública y que pueden ser enriquecidos con el enfoque de Promoción de la Salud, que no han sido abordados desde la formación académica, como es el caso de la estimulación cognitiva.
- Incorporar en los procesos de Promoción de la Salud al profesional especialista en esta área, así como propiciar la articulación de las diferentes disciplinas relacionadas al campo de la salud para generar mayor impacto de las acciones que se desarrollan.
- Creación de espacios para la divulgación de los resultados de esta investigación, así como incentivar la ejecución de proyectos e investigaciones basadas en propiciar un Envejecimiento Saludable a partir de la estimulación cognitiva y el reforzamiento de las prácticas saludables. Algunas de las instancias en las que se puede propiciar esto es el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), FundAlzheimer, la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias (ASCADA), la Asociación Cartaginesa Atención al Ciudadano de la Tercera Edad (ASCATE), el Programa Institucional para la Persona Adulta Mayor (PIAM), entre otras. Esto en miras de propiciar la promoción de la salud en la intervención del deterioro cognitivo, y trascender así del modelo asistencialista a uno más integral.
- Generar convenios y con ello la creación de Centros Escuela con instituciones como CONAPAM, AGECO, ASCADA, PIAM, etcétera, para promover espacios de trabajo colaborativo para la investigación y la acción social, ya que el marco legal y normativo del país y de estas instituciones presentan un panorama que incentiva a desarrollar iniciativas para propiciar un envejecimiento saludable.

Referencias bibliográficas

- Acosta et al. (2012). La Enfermedad de Alzheimer Diagnóstico y Tratamiento. Una perspectiva latinoamericana. Editorial Médica Panamericana
- Alvarado, A. y Salazar, M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia
- Análisis de la Situación Integral en Salud. (2011). Área de Salud de Tibás. San José, Costa Rica
- Araya, G, Ballesteros, C y Carazo, P. (2002). Funcionamiento Cognitivo en Adultos Mayores que participan en un programa de Taekwondo. Universidad de Costa Rica. San José,
- Costa Rica. Recuperada de [file:///C:/Users/Casa.YeinerGutierrez/Downloads/Dialnet-FuncionamientoCognitivoYFisicoEnAdultasMayoresQueP-4790893%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/Casa.YeinerGutierrez/Downloads/Dialnet-FuncionamientoCognitivoYFisicoEnAdultasMayoresQueP-4790893%20(8).pdf)
- Arroyo, M.R., Carballo, V., Portero, M. y Ruiz, J.M. (2012).Efectos de la Terapia No Farmacológica en el Envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. Neurología. Madrid. España. Recuperada de http://www.logicortex.com/wp-content/uploads/Publicación_32-Art%C3%ADculoTNFDeterioroCognitivoNeurolog%C3%ADa_2013PRENSA.pdf
- Aveleyra, E; y García Jiménez, S (2015) Factores de riesgo y funcionamiento cognitivo en envejecimiento saludable. Vol.22. No. 23. 2448-9026 La génesis de la cultura universitaria en Morales. Recuperado de <http://inventio.uaem.mx/index.php/inventio/article/view/49/62>
- Baptista, P., Fernández, C. y Hernández, R. (2010).Metodología de la Investigación. McGrawHill. Quinta Edición
- Barrantes, E. (2013). Investigación: Un camino al Conocimiento. Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto. Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.

- Barrantes Solano, A., Marín Valenciano, M., MurrilloVindas, F (1998). Factores protectores con relación a la calidad de vida de las adultas mayores del grupo acción. Tesis de la Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-1998-02.pdf>
- Basto, D.M. y Rodríguez, J. (2012). Beneficios de un Programa de Estimulación Cognoscitivo comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia. Corporación Universitaria Iberoamérica. Colombia. Recuperado en file:///E:/Protocolo/cognición/116a05.pdf
- Beauchamp, T. & Childress, J.F. (1979). Principios de Ética Biomédica. Bioética & debat. Tribuna abierta del Institut Borja de Bioética.
- Bonilla, E. y Rodríguez, P. (1997). Más allá del dilema de los métodos. La Investigación en ciencias sociales. 3era Edición. Bogotá. Colombia.
- Boris, L., González, C. y Muñoz, M.T. (2008). Influencia del lenguaje no verbal (gestos) en la memoria y el aprendizaje de estudiantes con trastornos del desarrollo y discapacidad intelectual: Una revisión. Revista signos, 42(69), 29-49. Universidad Católica del Maule. Chile. Recuperada de <https://www.redalyc.org/pdf/1570/157013773002.pdf>
- Cabras, E. (2012). Tesis Doctoral: Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Madrid, España.
- Carboneli, A., Delgado, M. y García, V.A. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 10 (40) pp. 556-576. Recuperada de <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
- Castro, A., Contreras, K. y Landínez, N.S. (2012). Proceso de Envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública.
- Castro, M. y Salazar, M. (2014). Rendimiento cognitivo de personas mayores que participan en grupos organizados en la provincia de San José. Actualidades en

Psicología. San José, Costa Rica. Recuperado en
file:///E:/Protocolo/cognición/116a05.pdf

- Castro, J., Guillen, F. y Guillen, M.A.(1997). Calidad de vida, Salud y ejercicio físico. Una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. Revista de psicología del deporte. Universidad de las Palmas, Gran Canaria. España
- Cakderón, L.;Congote, C.; Richard, S.; Sierra, S. y Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista CES Psicología*. vol.5.no.1. pp. 79-80. Recuperado de file:///C:/Users/wen/Downloads/Dialnet-AportesDesdeLaTeoriaDeLaMenteYDeLaFuncionEjecutiva-3977315.pdf
- Calero, M. y Navarro, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. Universidad de Granada.
- Carrillo, J., Gómez, M. y Vicente, G. (2009).Mejora la vida de los mayores a través del Tai Chi y Chi Kung. *Revista Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia. Universidad de Murcia. España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3309779>
- Carmona, L., Roza, C., Mogollón, A. 2005. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud* 3 (1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/562/56230108.pdf>
- Comunicación con la Dra. Castillo, Karla. Comunicación personal en agosto, 2018
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2014). Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Demencias Relacionadas Esfuerzos Compartidos 2014-2024. República de Costa Rica.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2012).La Voz de los Mayores. Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. República de Costa Rica. Edición Especial.

- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). Envejecimiento Poblacional República de Costa Rica.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). Normativa en beneficio de la Población Adulta Mayor. República de Costa Rica.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). Mitos y Estereotipos acerca del envejecimiento y la vejez. República de Costa Rica
- Corrales, D. y Castillo, S. (2012). Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Ministerio de Salud. Gobierno de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Correa, J.E. (2010). Documento que sustenta la relación del grupo de investigación de actividad física y desarrollo humano con los currículos de los programas de pregrado de rehabilitación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Rosario. Argentina. Recuperado de <file:///E:/Protocolo/ejercicio%20fisico/actividad%20fisica%20y%20promocion%20CORREA.pdf>
- Cruz, M., Martínez, J., Muñoz, Y., Rosero, L. (2004). La Salud de la Personas adultas mayores en Costa Rica. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y Organización Mundial para la Salud. San José, Costa Rica
- Chávez, Gálvez, Méndez F. y Varela. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Revista Scielo. Perú. Recuperado en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a02v17n2>
- Devis, J. y Pérez, V. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado. Rev. Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte [Revista en línea] 2003; 3(10):69-74. Disponible en URL: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista10/artpromocion.htm>
- Ding, L. (1993). TAIJI QIGONG. 28 pasos para su energía interior. Buenos Aires, Argentina. Primera Edición
- Escalante, Y. (2011). Actividad Física y condición física en el ámbito de la Salud Pública. Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Extremadura. España.

- Fama, D. et al (2010). El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Revistas Perú. Perú*
- Feito, L. (1996). El sueño de posible. *Bioética y terapia génica*. Catedra de Bioética. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. España.
- Ferreira, L., Meijide, H. y Trigas, M. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Revista oficial da Sociedade Galega de Medicina Interna*. Recuperada de <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
- Fisher, A., Laing, J., Stoeckel, J. y Townsend, J. (1991). *Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar*. U.S. Agency for International Development. Segunda Edición.
- Fonseca, E. y Ramírez, J. (2010). *Guía Metodológica para el Desarrollo de investigaciones*.
- García, J. (2009). *Estimulación Cognitiva*. Recuperado de <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-9-texto.pdf>
- Garmedio, F., Delgado, D., & Amaya, M (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*.
- Gavidia, V., Talavera, M. 2012. La construcción del concepto de salud. Recuperado de: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
- Gómez, N., Bonnin, B.M., Gómez, M., Yáñez, B y González, A. (2003). Caracterización Clínica de Pacientes con Deterioro cognitivo. Hospital Clínico-quirúrgico "Hermanso Ameijeiras". Servicio de Neurología.
- Google Maps (2018) Cooperativa Autogestionaria de Servidores de la Salud Integral COOPESAÍN RL. Tomada de [googlemaps.com](https://www.google.com/maps) el 23 may.2018
- Galleguillos Céspedes, D (2015) Inclusión social y calidad de vida en la Vejez. Experiencias de personas mayores participantes en clubes de adultos mayores en la comuna de Talag <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142331/memoria.pdf?sequ>

ence=lante. Memoria para optar por el título de Antropología Social. Recuperado de

Guillen del Castillo, M. y Linares, D. (2003). Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano. España. Editorial Panamericana.

Jara, M. (2007). La estimulación Cognitiva en Personas Adultas Mayores. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Recuperado en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

Hanlon, P (s. f) *Keeping people healthy: The determinants of health*. Recuperado de http://www.afternow.co.uk/sites/default/files/The%20Determinants%20Of%20Health_0.pdf

Hennings, J., Carboni, M. y Masís, J. (2014). Resumen del Estado de la Nación.-1 ed.- San José, Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). Costa Rica: Población de 60 años y más. Recuperado de: <http://www.inec.go.cr/enaho/result/adultMayor.aspx>.

Lau, N. 1999. Significado y práctica de autocuidado en las personas adultas mayores del cantón de Barva de Heredia, Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Magister Scientie). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Ley No 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 19 de octubre de 1999.

Limón, R., Ortega, C. 2011. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6. Recuperado de: <http://www.rpye.es/pdf/68.pdf>

Lizano, K. (2008). Mejoramiento de las Estimulación Cognitiva de los Adultos Mayores del Centro "Un Nuevo Amanecer en el Barrio Corazón de Jesús" de Heredia. Proyecto Final de Graduación. Universidad Latinoamericana de Ciencias y Tecnologías.

López et al. (2007). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer*. Real

Invest Demenc. Recuperada de
https://www.researchgate.net/publication/228740373_Validacion_del_Montreal_Cognitive_Assessment_MoCA_Test_de_cribado_para_el_deterioro_cognitivo_leve_Datos_preliminares

Luján-Ferrer, M.E. (2010) La administración de la educación no formal aplicada a las organizaciones sociales: Aproximaciones teórico-prácticas. *Revista Educación S4* (1). 101-118. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/500/505>

Luque, L y González, M. (2012). Eficacia de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores sanos. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica en Psicología XIX. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Marcelo, A.M. y Valderrama, G.M. (2014). Práctica de TaiChi y nivel de Estrés en Adultos Mayores. ESSALUD. Trujillo, Perú.

Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. País Vasco: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco

Mata, C. (2015). Inserción profesional de la Psicología en el ambiente gerontológico y la práctica clínica con población adulta mayor en la Asociación Hogar Carlos Mata Ulloa. *Universidad de Costa Rica*. Práctica dirigida de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica.

Medina, C., Marín, J.A y Alfalla, R., (1989). Una propuesta metodológica para la realización de búsqueda sistemáticas de bibliográficas. *Working Papers on Operations Managemet*. Voll, No 2 (13-30).

Merchán, M. y Henao, J. (2011). Influencia de la percepción visual en el aprendizaje. *Ciencia y tecnología en salud visual y ocular*. Vol.9. no.1. pp. 94-95. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5599290.pdf>

Ministerio de Salud de Perú (s.f) *Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud*. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf

- Ministerio de Salud.(2011). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico del Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modeloconceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file> [Consulta 16 may. 2018]
- Ministerio de Salud Pública (2011). Guías de Alimentarias para Costa Rica. San José, Costa Rica. 2da Edición.
- Miranda, E., et al (2015).Características clínicas de los casos de demencia diagnosticados de la Clínica de Memoria del Hospital Geriátrica y Gerontología. Acta Médica Costarricense, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Miranda, M., Ramos, A. &Yordi, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Archivo Médico de Camagüey.
- Montoya Castilla, I., Muñoz Iranzo, I. (2009) Habilidades para la vida. Revista de Formación del Professorat. No. 4. ISSN 1887-6250. Recuperado de http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02_com_habilidades_vida.pdf
- Muñoz, M., Riquelme, D., Sepúlveda, C. y Valenzuela, M. (2013).Ejercicio físico y su influencia en los procesos cognitivos. Revista N°13 Motricidad y Persona. Santiago, Chile. Recuperado en [file:///C:/Users/Casa.YeinerGutierrez/Downloads/Dialnet-EjercicioFisicoYSuInfluenciaEnLosProcesosCognitivo-4736022%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Casa.YeinerGutierrez/Downloads/Dialnet-EjercicioFisicoYSuInfluenciaEnLosProcesosCognitivo-4736022%20(2).pdf)
- Muñoz, A. y Vaktivia, E. (2007). Razonador Geométrico Aplicado al Caso del Tangrama Chino Simplificado. Universidad Politécnica de Puebla. México. Recuperada de <file:///E:/Protocolo/Proyecto%20TFG/Análisis/tangrama.pdf>
- Murillo, F. J. (2006), Cuestionarios y escalas de actitudes, Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Nutbeam, D. (1986), Glosario de Promoción de la Salud. Consejería de Salud.

Okuda Benavides, M & Gómez-Restrepo, C (2005) Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34 (1) Pp. 118-124. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>

OMS. (1998). Glosario de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ginebra

Organización Mundial de la Salud. (2009). 7th Global Conference on Health Promotion. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_s.p.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_s.p.pdf [consultado el 16 de may. 2018]

Organización Mundial de la Salud. (2001). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Revista de Salud Pública*. 1(1) Pp 19-22 (traducido por Duncan, K; & Maceiras, L). Recuperado de: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf> [Consulta 10 jun.2016].

Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Carta del Caribe para la Promoción de la Salud*. Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/caribbean_93.pdf [Consulta 10 jun.2016]

Organización Mundial de la Salud.(s.f). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Recuperado de: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf [Consulta 16 may.2018]

Organización Mundial de la Salud. (s.f) *2010: Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Declaración de Bogotá. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina* Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Yzmi6GXL9-YJ:www.fc.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1992-DeclaracionBogota.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk>

Organización Panamericana de la Salud., Ministerio de Salud. Y Consejo Nacional del Adulto Mayor. (2004). *La Salud de las personas adultas mayores en Costa Rica*. San José. Costa Rica.

Ortega, E. (2011) Plan para la dirección del proyecto para la adquisición e instalación de un angiógrafo para el servicio de cardiología del hospital San Vicente de Paúl. *Universidad para la Cooperación Internacional (UCI)*. Proyecto final de graduación presentado como requisito parcial para optar por el título de master en administración de proyectos. San José, Costa Rica.

Pontificia Universidad Católica de Chile (2012) *Cartillas Educativas de vida en la vejez. Autocuidado de la Salud*. ISBN: 978-956-14-1255-2. Recuperado de http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf

Pose, M. y Manes, F. (2010). *Deterioro cognitivo leve*. Instituto Neurología Cognitiva (INECO). Instituto de Neurociencias de la Fundación Favalaro. Buenos Aires, Argentina.

Ramírez, M.S. y Ramos, J.A. (2010). *Desarrollo de habilidades cognitivas con aprendizaje móvil: Un estudio de casos*. Monterrey, Méico. Recuperado en <http://www.redalyc.org/html/158/15812481023/>

Ramos, F. (2001). *Salud y Calidad de vida en las Personas Adultas Mayores*. Universidad de Salamanca, España. *Revista Pedagógica*, ISSN 0214-7742

Restrepo, H.E. & Malaya, H. (2001). *Promoción de la Salud como construir vida saludable*. Pan American HealthOrg.

Redondo-Escalante, P (2004) *Introducción a la Educación para la Salud*. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>

- Restrepo, H.E., y Málaga, H (2002) *Promoción de la Salud: Como construir una vida saludable*. Recuperado de http://www.conarem.ins.gov.py/wp-content/uploads/2014/08/11-Prom_Salud.-Restrepo-Malaga.pdf
- Rodríguez, M. (2006). El ejercicio Físico y la calidad de vida en los adultos mayores. *Revista Pensamiento Actual*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Rodríguez-Gómez, G., Gil-Flores, J., García-Jiménez, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.
- Rosselli, M. Jurado, M. y Matute, M. (2008). Las Funciones Ejecutivas a través de la Vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Vol8, No .1, p. 24. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987451>
- Salazar, M. (2012). Neuropsicología y envejecimiento: el potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Revista Costarricense de Psicología*. 31 (1-2), 123-146.
- Sardinero, A. (2010). *Estimulación Cognitiva para Adultos*. Madrid. España. Editorial Gesfomedia. Recuperada de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/muestra.pdf>
- Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperada de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200004
- Sarría-Santamera, A. y Villar-Álvarez, F. (2014). *Promoción de la Salud en la Comunidad*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://www.worldcat.org/title/promocion-de-la-salud-en-la-comunidad/oclc/924647102/viewport>
- Sánchez-Monge, A. (2004). *Introducción a la Promoción de la Salud*. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/tercera.pdf>
- Sánchez, A.V. (2008). Efecto de un programa de educación y ejercicio físico en la capacidad funcional e incidencia en el costo de atención en salud en un grupo de

personas mayores de 60 años del Área de Palmares. Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magíster Scientiae. Universidad Nacional, San José, Costa Rica.

Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. (2014). *Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018*. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf

Serdio, C. (2009). Aprendizaje, constructivismo y vejez: Una lectura desde una experiencia educativa en adultos mayores. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*. Universidad Pontificia de Salamanca. Recuperada de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/7630/RGP_17_art_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sobre el concepto de salud. (s.f). *El concepto de salud*. Recuperado de: <https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>

Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Doménech, S., y Llorente, S. (SF). Ejercicios prácticos de Estimulación Cognitiva para enfermos de Alzheimer. Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades y Alzheimer Centre Educacional. Barcelona, España.

Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100510>

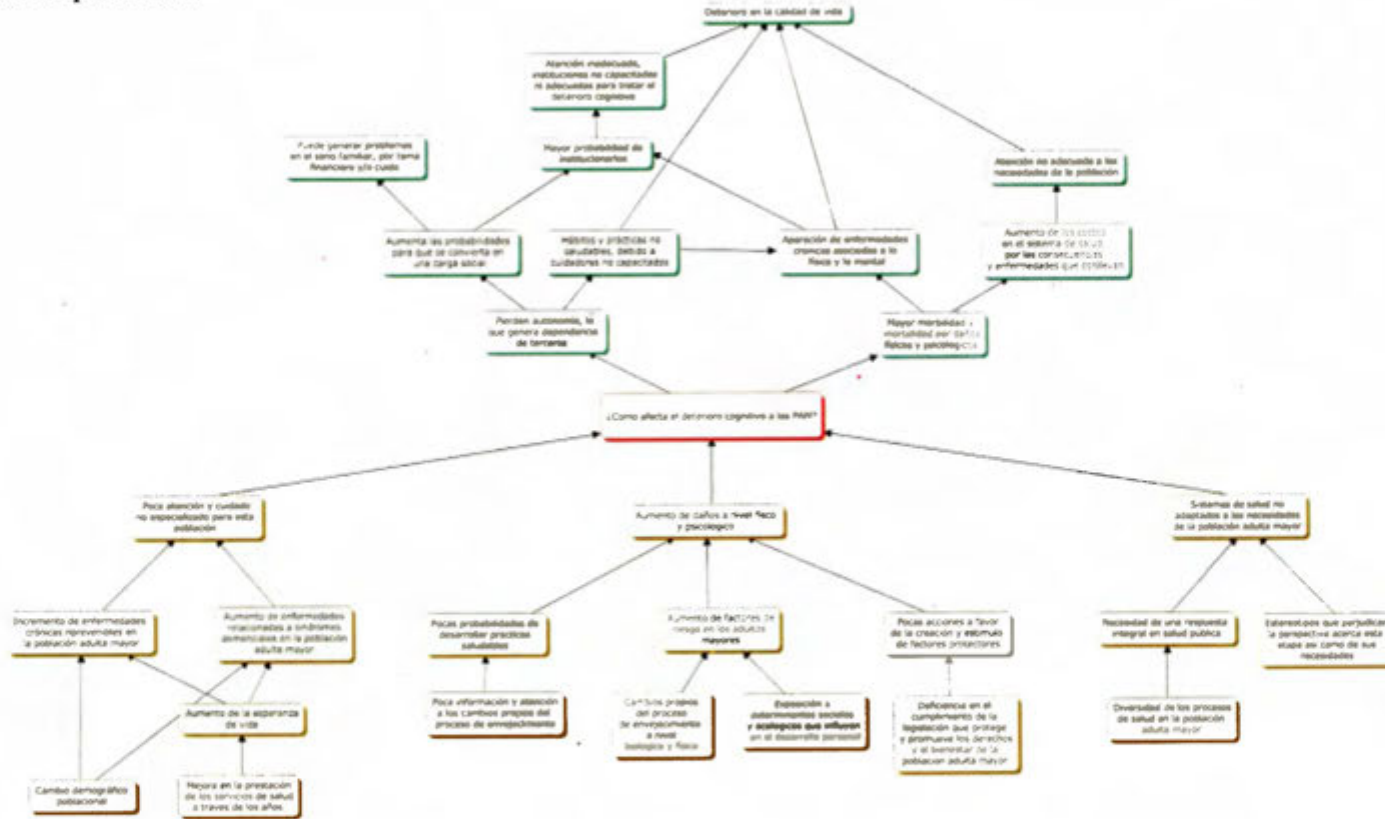
Titonelli Alvim, N. (2017). Investigación Convergente Asistencial en Enfermería- Posibilidades para innovaciones tecnológicas. *Rev. Escola Anna Nery*. 21(2). Doi : 10.5935/1414-8145.20170041

Valero Serrano et al (2010) La práctica del Tai Chi previene las caídas en el Anciano Institucionalizado: Un Ensayo Clínico. *Revista Clínica de Medicina Familiar*. 3(1). Recuperado http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100008

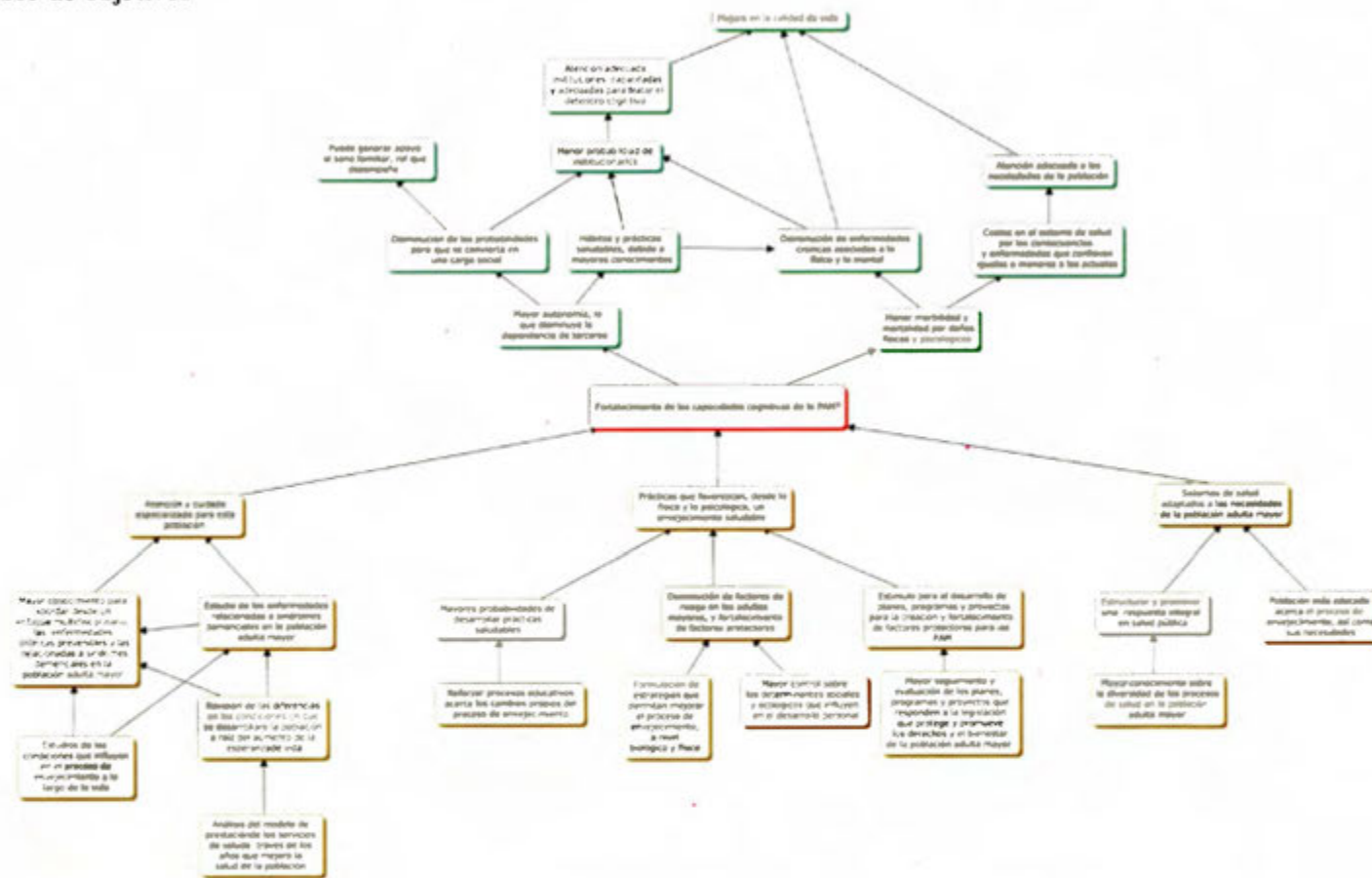
- Vázquez-Amézquita, M. (2016). Factores predictores de la reserva cognitiva en un grupo de adultos mayores. *Revista Chilena Neuropsico.*,11
- Wagster, M., King, J., Resnick, Susan., & Rapp, P. (2012). The 87%. *Journal of Gerontology: Medical Science.*
- Winslow CEA. (1997). *The Evolution and Significance of the Public Health Campaign.* En Arroyo, H., Cerqueira, M.T. *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina.* San Juan. Universidad de Puerto Rico.

Anexos

Anexo 1. Árbol de problemas



Anexo 2. Árbol de objetivos



Anexo 3. Operacionalización de las variables

Objetivos específicos	Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Caracterizar la Población Adulta Mayor de la Clínica Integrada de Tibás según las capacidades cognitivas, los factores protectores y de riesgo que tienen en el proceso de envejecimiento que están experimentando.	Características cognitivas	Dependiente	Se entienden como destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea, además son las trabajadoras de la mente, y facilitadoras del conocimiento al ser las responsables de adquirirlo, y recuperarlo para utilizarlo posteriormente” (Reed, citado por Ramos, 2010).	Memoria Lenguaje Atención/concentración Función ejecutiva Orientación Capacidad visuoespacial	Puntuación obtenida en la aplicación del MoCA	Test MoCA (anexo 13) Índice de Katz (anexo 14)
Valorar la adopción de prácticas saludables y el reforzamiento de las capacidades cognitivas en el grupo de estudio durante y después del proceso educativo.	Cambios cognitivos	Dependiente	Cambios en las capacidades cognitivas (explicadas en el primer objetivo).	Evaluaciones cognitivas valoración	Porcentaje de diferencia en las mediciones de funciones visuoespaciales, de identificación, de memoria, atención, lenguaje, abstracción, orientación	Test MoCA (anexo 13) Índice de Katz (anexo 14)

Adopción prácticas saludables	de Dependiente	Adherencia a prácticas consideradas saludables, es decir, prácticas que refuerzan los factores de protección, los cuales son todos "los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación" (Eisenstein, 1996).	Satisfacción de las actividades realizadas Dificultades presentadas para la realización de actividades Integración activa a las dinámicas	Promedios de las escalas de lickert	Guías de observación (anexos 5, 6 y 7)
-------------------------------------	----------------	---	---	-------------------------------------	--

Anexo 4. Operacionalización de las categorías de análisis

Objetivos específicos	Categoría de análisis	Definición de la categoría	Subcategoría de análisis	Instrumentos
Caracterizar la Población Adulta Mayor de la Clínica Integrada de Tibás según las capacidades cognitivas, los factores protectores y de riesgo que tienen en el proceso de envejecimiento que están experimentando.	Factores de protección	Son todos “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación” (Eisenstein, 1996)	Factores de protección Autocuidado (mitos y estereotipos) Alimentación adecuada Actividad física Autonomía	Cuestionario (anexo 8).
	Factores de riesgo	Son elementos con gran posibilidad de provocar o asociarse al desencadenamiento de un determinado suceso indeseable, o mayor posibilidad de enfermar o morir” (Eisenstein, 1996)	Factor de riesgo Sedentarismo Mala alimentación Pérdida de autonomía Afectación por ciertas lesiones	Cuestionario (anexo 8).
Estudiar la percepción acerca del proceso de envejecimiento que experimenta la población adulta mayor de la Clínica Integrada de Tibás.	Percepción del proceso de envejecimiento	Opinión y creencias respecto a proceso mediado de manera multidimensional en el cual existen funciones que reducen su capacidad, así como otras en donde se mantiene y desarrollan capacidades (Cabras, 2012). Estos procesos no ocurren solamente por funciones biológicas, sino también, se asocia a las condiciones que rodea a la persona, por ejemplo,	Determinantes conductuales del proceso Determinantes biológicos del proceso	Informe de técnica lúdica (anexo 9).

<p>Promover el reforzamiento de las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables en el envejecimiento mediante el desarrollo de un proceso educativo desde el trabajo en Promoción de la Salud</p> <p>Valorar la adopción de prácticas saludables y el reforzamiento de las capacidades cognitivas en el grupo de estudio durante y después del proceso educativo.</p>	<p>Reforzamiento de capacidades cognitivas</p> <p>Adopción de prácticas saludables</p>	<p>factores, de tipo ambiental, social y familiar.</p> <p>Contribuir a mejorar las capacidades entendidas como destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea, además son las trabajadoras de la mente y facilitadoras del conocimiento al ser las responsables de adquirirlo y recuperarlo para utilizarlo posteriormente” (Reed, citado por Ramos, 2010).</p> <p>Adherencia a prácticas consideradas saludables, es decir, prácticas que refuerzan los factores de protección, los cuales son todos “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación” (Eisenstein, 1996).</p>	<p>Memoria</p> <p>Lenguaje</p> <p>Atención/concentración</p> <p>Función ejecutiva</p> <p>Orientación</p> <p>Capacidad visuoespacial</p> <hr/> <p>Autocuidado</p> <p>Alimentación adecuada</p> <p>Actividad física</p> <p>Autonomía</p>	<p>Guías de observación (anexo 5)</p> <hr/> <p>Guías de observación (anexos 6 y 10)</p> <p>Informes de campo (anexo 7 y 11)</p>
--	--	---	--	---

Anexo 5. Guía de sesiones de observación cognitiva
Guía de observación

Sesiones de Estimulación Cognitiva



Universidad de Costa Rica
 Facultad de Medicina
 Escuela de Salud Pública
 Promoción de la Salud
 Investigadores: Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto

Objetivo: El siguiente instrumento de observación permitirá cuantificar la satisfacción y el cumplimiento del desarrollo de actividades dirigidas a la estimulación cognitiva (memoria, orientación, atención/concentración, funciones ejecutivas, visoespacial, lenguaje).

Instrucciones generales: El investigador observará la ejecución y aceptación de los ejercicios cognitivos (EJERCOG). Por medio de esta escala se calificará el comportamiento grupal de estas personas. Con guía en mano se marcará una equis (X) la casilla correspondiente, tomando en consideración que 1 es la calificación más baja y 5 la calificación más alta.

Fecha _____ N° de sesión _____

Total de participantes: _____ Responsable de la observación: _____

Pregunta	Escala						Notas
	1	2	3	4	5	NA	
1. Comprenden las indicaciones de los facilitadores	1	2	3	4	5	NA	
2. Ejecutan los pasos adecuadamente	1	2	3	4	5	NA	
3. Muestran satisfacción al realizar los ejercicios	1	2	3	4	5	NA	
4. Manifiestan dudas o preguntas en algún ejercicio	1	2	3	4	5	NA	
5. Presentan alguna dificultad para realizar algún ejercicio	1	2	3	4	5	NA	
6. Ante cierto grado de dificultad al desarrollar el ejercicio, la actitud del AM es positiva	1	2	3	4	5	NA	
7. Fue efectiva la técnica utilizada para el abordaje del tema	1	2	3	4	5	NA	

Observaciones adicionales:

Anexo 6. Guía de observación de sesiones de prácticas saludables
Guía de observación

Sesiones de Prácticas Saludables



Universidad de Costa Rica
 Facultad de Medicina
 Escuela de Salud Pública
 Promoción de la Salud
 Investigadores: Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto

Objetivo: El siguiente instrumento de observación permitirá cuantificar la identificación y la adhesión por parte de la PAM respecto a prácticas saludables.

Instrucciones generales: El investigador observará el desarrollo de las técnicas lúdicas como tal, y el comportamiento de la población ante los temas abordados, esto por medio de la siguiente escala. Con guía en mano se marcará una equis (X) la casilla correspondiente, tomando en consideración que 1 es la calificación más baja y 5 la calificación más alta.

Fecha _____ N° de sesión _____

Total de participantes: _____ Responsable de la observación: _____

Programa de Ejercicio	Escala						Notas
	1	2	3	4	5	NA	
1. Comprenden las indicaciones de los facilitadores							
2. Se integran activamente a la dinámica							
3. Muestran satisfacción al realizar las actividades							
4. Manifiestan dudas o preguntas en el desarrollo de la actividad							
5. Presentan alguna dificultad para realizar alguna tarea							
6. Ante cierto grado de dificultad al desarrollar la técnica, la actitud del AM es positiva							
7. Fue efectiva la técnica utilizada para el abordaje del tema							

Observaciones adicionales

Anexo 7. Observación de campo: ejercicio de Chi Kung

Observación de campo: ejercicio de Chi Kung



Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Promoción de la Salud

Investigadores: Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto

Objetivo: El siguiente instrumento de observación permitirá cuantificar la aceptación del desarrollo de una nueva técnica (Chi Kung) por parte de la población meta, como estrategia para el fortalecimiento de las capacidades cognitivas de estas personas adultas mayores.

Instrucciones generales: El investigador observará la ejecución de los ejercicios de Chi Kung, y por medio de una escala podrá calificar el comportamiento grupal de estas personas. Con guía en mano se marcará una equis (X) la casilla correspondiente, tomando en consideración que 1 es la calificación más baja y 5 la calificación más alta.

Fecha _____ N° de sesión _____

Total de participantes: _____ Responsable de la observación: _____

Programa de Ejercicio	Escala					Notas
1. Comprenden las indicaciones del maestro	1	2	3	4	5	
2. Ejecutan los pasos adecuadamente	1	2	3	4	5	
3. Muestran satisfacción al realizar los ejercicios	1	2	3	4	5	
4. Manifiestan dudas o preguntas en algún ejercicio	1	2	3	4	5	
5. Presentan alguna dificultad para realizar algún ejercicio	1	2	3	4	5	
6. Realizan la sesión completa	1	2	3	4	5	

Observaciones adicionales:

Anexo 8. Cuestionario. Características sociodemográficas
Cuestionario

Características Sociodemográficas

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Promoción de la Salud

Investigadores: Stephanie Arias y Yeiner Gutiérrez Soto



Objetivo: El presente instrumento tiene como objetivo determinar las características sociodemográficas de las personas adultas mayores del grupo Hábil-Mente de la Clínica Integrada de Tibás.

Instrucciones: Por favor complete el siguiente instrumento con los datos que usted considere. No hay respuestas buenas ni malas, la información brindada será anónima y los datos serán utilizados para obtener un panorama del grupo participante en el programa de ejercicio físico.

Fecha: ___/___/___ Número de formulario: ___/___

Edad	_____ años (en años cumplidos)
Sexo	/___/ H /___/ M
Estado Civil	/___/ Soltero(a) /___/ Casado(a) /___/ Viudo(a) /___/ Unión libre /___/ Divorciado
Nivel de escolaridad	/___/ Primaria Incompleta /___/ Primaria Completa /___/ Secundaria Incompleta /___/ Secundaria Completa /___/ Estudios Universitarios /___/ Educación técnica /___/ Otro (especifique): _____
Ocupación	/___/ Desocupado /___/ Ocupado
Ingreso económico	/___/ Pensión /___/ Ayuda Familiar /___/ Ayuda institucional /___/ Trabajo /___/ Ninguno /___/ Otro, ¿cuál(es)? _____
¿En dónde vive?	_____
¿Vive solo?	Si /___/ No /___/ ¿Con quién vive? _____

¿Asiste constantemente a la Clínica?	Sí / <input type="checkbox"/> / ¿Por qué motivo?: <input type="checkbox"/> / Consulta por enfermedad, ¿cuáles? _____ <input type="checkbox"/> / Consulta por control, ¿por qué? _____ <input type="checkbox"/> / Retiro de medicamentos <input type="checkbox"/> / Asistencia a grupos, ¿cuáles? _____ <input type="checkbox"/> / Asistencia a actividades que realiza la clínica, ¿cuáles? _____ <input type="checkbox"/> / Acompañar a alguien más, ¿a quién? _____
¿Cuáles actividades realiza en su tiempo libre?	

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 9. Informes de campo

Informes de Campo



Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Promoción de la Salud

Investigadores: Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto

Objetivo: El presente instrumento tiene como objetivo documentar los procesos del proyecto. Estos *informes de campo* serán una guía para los investigadores para visualizar el cumplimiento de los objetivos y los puntos de mejora. Además que se utilizara como estrategia para establecer recomendaciones ante la recopilación de las actividades

Actividades desarrolladas	Estrategias implementadas	Acuerdos tomados	Resultados obtenidos	Puntos de mejora
Que se hizo?	Como se realizaron las actividades?	De los investigadores Del grupo PAM	Cumplimientos de objetivos	Qué áreas necesitan un fortalecimiento

Anexo 10. Informes de campo

Informe de campo



Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Promoción de la Salud

Investigadores: Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto

Objetivo: El siguiente informe de campo permitirá recopilar la información que maneja la población meta en cuanto a temas específicos relacionados a prácticas saludables y envejecimiento.

Instrucciones generales: Conforme al desarrollo de las técnicas lúdicas los investigadores responderán las siguientes preguntas.

Responsable de la observación: _____

Nº de sesión: _____

Total de participantes: _____

Fecha: __/__/__

¿Qué conoce la población acerca el tema?	
A partir de lo anterior, se considera que ¿la población maneja información veraz?	/___/ Sí, ¿Por qué? ___ /___/ No, ¿Por qué? ___
¿Cuál información de los temas abordados por medio de las técnicas lúdicas les llamo más la atención a la población meta?	
¿Surgió alguna información nueva del tema en la población meta?	/___/ Sí, ¿Cuál? ___ /___/ No, ¿Cuál? ___
¿Se evidenció que había información que la población desconocía?	/___/ Sí, ¿Por qué, cuál? ___ /___/ No, ¿Por qué, cuál? _____

Anexo 11. Informe de técnica lúdica: lluvia de ideas escrita
Informe de técnica lúdica

Lluvia de ideas escrita: Diagnóstico



Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Promoción de la Salud

Investigadores: Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto

Objetivo: El siguiente instrumento tiene como objetivo recabar información (ideas, conceptos y percepciones) sobre los cuatro temas principales de la investigación, salud, promoción de la salud, envejecimiento y estimulación cognitiva, en el Grupo de la Clínica Integrada de Tibás

Instrucciones generales: Se entregará a cada uno de los adultos mayores, una hoja o un trozo de la misma, en la que escribirá de manera clara y concisa su respuesta a las preguntas que formulará el investigador. A continuación, se presenta las preguntas generadoras de la lluvia de ideas escrita.

“Cuando se habla de salud, usted piensa en?”

“Que entiende por Promoción de la Salud?”

“Para usted, como se llega a un envejecimiento saludable exitoso?”

“ Ha escuchado sobre la estimulación cognitiva?, como la define usted?”

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 13. Test MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
 Nivel de
 estudios:
 Sexo:

Fecha de nacimiento:
 FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA				Copiar el cubo		Dibujar un reloj (Once y diez) [3 puntos]		Puntos	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		___/5	
IDENTIFICACIÓN									
[]		[]		[]		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		___/3	
MEMORIA									
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlos. Haga dos intentos. Recuérdese los 5 minutos más tarde.		ROSTRO [] SEDA [] IGLESIA [] CLAVEL [] ROJO []		Sin puntos		1er intento [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 2º intento [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
ATENCIÓN									
Lea la serie de números (1 número; eg.)		El paciente debe repetir: [] 2 1 8 5 4		El paciente debe repetir a la inversa: [] 7 4 2		___/2		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		___/1		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.		___/3		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
LENGUAJE									
Repita: El gato se escondió bajo el árbol cuando la perra entró en la sala.		[] Espere que él le entregue el mensaje una vez que él se lo pida.		___/2		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		[] _____ (≥ 11 palabras)		___/1		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
ABSTRACCIÓN									
Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta		[] tren-bicicleta [] reloj-regia		___/2		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
RECUERDO DIFERIDO									
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO [] SEDA [] IGLESIA [] CLAVEL [] ROJO []		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente		___/5		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Optativo: Pista de categoría		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		Pista elección múltiple		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
ORIENTACIÓN									
[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad		___/6		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 Normal ≥ 26 / 30									
www.mocatest.org		TOTAL: ___/30		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

Anexo 12. Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o, si su estado mental no lo permite, a través de un familiar o cuidador, considerando su capacidad en los últimos 7 días.

BANARSE. (Con esponja, en bañera o ducha)

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

VESTIRSE: (Saca la ropa de los armarios y los cajones - incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva)

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido

IR AL SERVICIO. (Ir al servicio para eliminar orina y heces, lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa)

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vacuándolas por la mañana)
- Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación

DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón)
- Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia
- No se levanta de la cama

CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por sí mismo
- Sufre accidentes "ocasionalmente"
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal, usa una sonda o es incontinente

ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos

Categoría

Anexo 14. Formulario de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a las personas del grupo de la Clínica Integrada de Tibás

Proyecto de Graduación

Envejecimiento Saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas de las personas adultas mayores pertenecientes al grupo que asisten a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018

Nombre de los Investigadores: Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto.

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

Los investigadores Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto, bachilleres en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, están realizando un proyecto para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud. Dicha propuesta lleva como fortalecer las capacidades cognitivas y la adopción de prácticas saludables orientadas a un envejecimiento exitoso desde el enfoque de Promoción de la Salud en las personas adultas mayores que asisten a la Clínica Integrada de Tibás en el 2018.

Esta propuesta incluye en una primera etapa, un proceso diagnóstico, este se refiere a las características del grupo participante, en cuanto a datos personales como de las capacidades cognitivas (Preguntas de memoria, atención, orientación, lenguaje y calculo. Asimismo, se abordaran los factores protectores (aquellos que contribuyen a fortalecer las capacidades cognitivas), así como todos aquellos factores de riesgo que condicionan una buena salud

cognitiva (inactividad física, sedentarismo, vicios, entre otros). Además, se pretende conocer al inicio la percepción del grupo con respecto al proceso de envejecimiento.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Su participación en el proyecto consiste principalmente en participar en el proceso educativo que promueva que usted adopte nuevas conductas saludables para el reforzamiento de la memoria, la concentración/atención, el lenguaje, el cálculo. Para ello se realizarán 10 sesiones educativas teórico/prácticas para esa adhesión de los conocimientos. Las temáticas a trabajar están basadas desde un enfoque de promoción de la salud, las cuales son: Educación para la Salud, autocuidado, alimentación saludable, capacidades cognitivas, envejecimiento; asimismo, los ejercicios de Chi Kung como medicina oriental que refuerza las capacidades físicas y cognitivas.

Como primer paso, a usted se le aplicará 2 instrumentos de valoración cognitiva, estos son la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) que mide áreas como la visuoespacial/ejecutiva, la memoria, la atención, lenguaje, recuerdo diferido y orientación; también el Índice Katz, basado en mediciones de las actividades de la vida diaria básica. Junto a ello, 2 sesiones diagnósticas para comprender los conocimientos que tienen sobre salud, promoción de la salud, capacidades cognitivas y envejecimiento, en este último se desea identificar la percepción que tienen con base a ese tema.

En segundo lugar, se realizará sesiones educativas de aproximadamente hora y media, basados en sesiones de ejercicios de Chi Kung y de prácticas saludables. Toda esta ejecución se enfoca para el fortalecimiento de las capacidades cognitivas que propiciaran un bienestar en la salud de los adultos mayores.

Posterior a estas actividades, en la última sesión, se efectuará nuevamente la aplicación de las escalas de valoración cognitiva (MoCA y KAZT), esto con el objetivo de visualizar los alcances obtenidos (si hubo o no cambios cognitivos) luego de la implementación y ejecución del proyecto.

Finalmente, se menciona que los datos e información recabada a lo largo de este proceso investigativo, se reguardarán por un período de tres años en un dispositivo USB, el cuidado de este, está a cargo de los investigadores Yeiner Gutiérrez Soto, en su casa de habitación

ubicada en San Antonio de Desamparados, y donde Stephanie Arias Jiménez, en su lugar de residencia en Desamparados de Alajuela. Por lo tanto, se menciona que toda información que suministre en esta propuesta será utilizada para fines académicos y profesionales, por lo que se garantiza la confidencialidad de cada información brindada.

C.RIESGOS:

En relación a los riesgos, la participación en este proyecto de promoción de la salud, no significará ningún riesgo para usted o alguno de los demás participantes. No obstante, si en el proceso surge alguna incomodidad o disconformidad con el proceder de los ejercicios o temáticas, por favor comunicarlo a la brevedad posible a los investigadores.

Se le recuerda que toda la información que usted comparta bajo el marco de esta investigación se utilizará de manera anónima y únicamente con fines académicos. Usted podrá retirarse del estudio y dejar de participar de las sesiones en el momento que así lo desee.

D.BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, se esperan beneficios en cuanto al reforzamiento de tus capacidades motoras y cognitivas, lo cual es fundamental para prevenir enfermedades relacionadas al deterioro cognitivo (Diferentes tipos de Demencia)

Fortalecimiento de los factores protectores que promuevan calidad de vida en la vejez.

Nuevas alternativas para la realización de ejercicio físico.

Con esta investigación, se trasciende de un modelo asistencial a uno bio-psicosocial, donde se vinculan herramientas de Promoción de la Salud, Ciencias del Movimiento Humano, Neuropsicología y medicina alternativa (arte oriental) y esto contribuye a potenciar aptitudes individuales y colectivas de los participantes.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe hacer hablado con Stephanie Arias Jiménez y Yeiner Gutiérrez Soto o el promotor de la salud de la Clínica Integrada de Tibás. Cualquiera de ellos debe hacer contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Stephanie Arias Jiménez al teléfono (+506) 86875534 o a Yeiner Gutiérrez Soto, al teléfono (+506)

87491699, en el horario de lunes a viernes de 08:00 a 17:00. Asimismo, puede consultar en la Escuela de Salud Pública, ubicada en la Ciudad de la Investigación, o comunicándose a los teléfonos (+506) 2511-8488 de lunes a viernes de 08:00 a 16:45.

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación académica o científica, y de la misma podrían ser divulgados pero de manera anónima.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

J. Posterior a firmar este documento se solicitará fotocopia de su documento de identidad, la cual será utilizada exclusivamente para dar validez a este documento y al proyecto. Se guardará y se conservará de manera confidencial.

K. Todas las hojas del presente documento deberán ser firmadas.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar en la investigación.

Nombre, cédula y firma de la persona participante en la práctica fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha