

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**“ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL FOMENTO DEL
ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE
PERTENECEN A LA RED DE CUIDO DEL CANTÓN DE PARRITA, 2013-2014”.**

MODALIDAD TESIS

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN APROBADO CON MENCIÓN DE HONOR PARA OPTAR
POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

SUSTENTANTES

BACH. KATHERINE VANESSA GAMBOA HIDALGO, A72634

BACH. ROOSEVELTH ANDREY GÓMEZ OVIEDO, A62467

**CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO BRENES
SAN JOSÉ, COSTA RICA**

2015

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

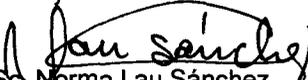
Esta tesis fue aprobada por el tribunal examinador conformado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.



Dr. Mauricio Vargas Fuentes
Director Escuela de Salud Pública



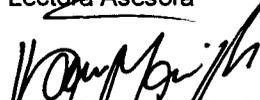
Licda. Aurora Sánchez Monge
Profesora Invitada



M.Sc. Norma Lau Sánchez
Directora de Tesis



Dra. Luisa Villanueva Salazar
Lectora Asesora



Licda. Karen Masís Fernández
Lectora Asesora



Bach. Katherine Vanessa Gamboa Hidalgo
Sustentante



Bach. Rooseveltth Andrey Gómez Oviedo
Sustentante

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Brenes
2015

**RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS DE PROPIEDAD
INTELECTUAL**

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido de la presente obra por cualquier medio existente, sean electrónicos o mecánicos, sin el consentimiento previo y escrito de los autores.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi motor, por permitirme ser una luchadora incansable y alcanzar mis metas y objetivos a pesar de las dificultades; gracias por los padres que pusiste en mi camino, que con sus grandes corazones me han llenado de amor, me han educado con dedicación y empeño, me han ayudado a creer en mis capacidades, me han dado libertad para tomar mis decisiones y perseguir mis sueños, pero sobretodo han hecho de mi la mujer que soy.

A la mujer maravillosa que me dio la vida, mi mamá, por ser mi inspiración y mi ejemplo de tenacidad, trabajo, lucha constante y amor incondicional para sus hijos; este triunfo lo hemos logrado juntas, pero es completamente tuyo.

A mi hermano, por compartir tantos momentos de alegrías y tristezas, hoy con una gran sonrisa comparto este logro contigo y sé que en algún tiempo compartirás uno de tantos tuyos conmigo.

A cada una de las personas especiales que estuvieron en mi vida durante el proceso de construcción de esta tesis, porque con su amor y amistad me instaron a continuar, en momentos de cansancio y debilidad.

A toda mi familia, pero en especial a mis abuelitos que ya están gozando de la presencia de Dios y a mis abuelitas que han acompañado mi carrera con sus constantes oraciones.

A mis primas, mis dos hermosas ángeles, siempre las tendré en mi mente y corazón, porque a su lado tengo los más lindos recuerdos de infancia, las perdí en distintos momentos del proceso de esta tesis, pero sé que desde el cielo me están sonriendo y brindando conmigo por este logro.

Hoy con todo mi amor, con una sonrisa en mi rostro y con una mirada de amor incondicional, les dedico este primer triunfo a ustedes, uno de los muchos que me he propuesto conquistar.

Katherine.

DEDICATORIA

Cerrar ciclos es siempre una tarea compleja, hoy al culminar este proceso, y repasar el camino que me llevo hasta este momento, visualizo en mi memoria a todos aquellos que estuvieron para mí en los momentos más felices, pero también en los más difíciles.

A esas personas mi más sincero cariño y dedicatoria por ser una pequeña parte de lo que soy hoy, si bien el pasado no ha de definir el presente, si no hubiera sido de la manera en que fue, el resultado hoy no sería el mismo.

A mi familia, por darme siempre el espacio y el apoyo para seguir y alcanzar mis sueños, mis aspiraciones, mis metas, mis anhelos, por absurdos o lógicos que ellos fueran. A mis Padres por su herencia, el estudio. A mis hermanas por ser un aliciente en el camino, a mis sobrinos por ser ese rayo de luz que me hace creer en un futuro mejor.

A mi pareja por acompañarme durante todo mi proceso de formación profesional, por su paciencia, acompañamiento y comprensión, por su constante motivación, por creer en mí, incluso cuando ni yo mismo lo hacía, por alentarme a hacer mejor cada día y llegar hasta donde quiero ir.

A mi compañera y amiga Dra. Josefyn Pastor Fernández por sembrar en mi la inquietud y dedicación para con la persona adulta mayor.

A la Dra. Rita Méndez Villalobos, por ser mi guía, por enseñarme la pasión y dedicación, en lo que se hace.

A la Licda. Aurora Sánchez Monge, por su acompañamiento, su consejo, su apoyo, por darme siempre la oportunidad de aprender y crecer en el campo de la Promoción de la Salud...

A mi compañera de tesis, por hoy lograr culminar esta etapa...

A todos ellos, este pequeño logro no es solo mío... es nuestro.

Roosevelt H.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia gracias por tanto amor y apoyo incondicional, por enseñarme que con esfuerzo, pasión y dedicación puedo alcanzar cada uno de los anhelos de mi corazón y cada objetivo que me proponga.

Gracias a mi comité asesor, las lectoras Dra. Luisa Villanueva Salazar y Licda. Karen Masís Fernández por sus diversas contribuciones y apoyo constante en este proceso, un enorme gracias con todo mi afecto y admiración a mi directora de tesis Msc. Norma Lau Sánchez por su compromiso con este trabajo, por sus múltiples aportaciones y enseñanzas, por su pasión para con la población adulta mayor, por ser una guía incondicional e instarnos a contribuir en un tema de relevancia para nuestro país desde el accionar y la gestión de la promoción de la salud.

Al Dr. Mauricio Vargas Fuentes, Director de la Escuela de Salud Pública, por la confianza depositada en mí y darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente en el campo de la Salud Pública.

Gracias a cada uno de los y las profesoras de la Escuela de Salud Pública que contribuyeron a mi formación humana y profesional, por su cariño y amistad.

A mis compañeras y compañeros de carrera, gracias por los lazos de amistad entrañables que construimos, por tanto cariño y cada momento compartido.

Gracias a las personas adultas mayores de la Red de Cuido del Cantón de Parrita, que participo en este proceso y compartió su vida con nosotros para poder realizar este trabajo, pero sobre todo gracias por sus miradas llenas de amor, ternura y experiencia de vida donde su tenacidad y lucha constante son sin duda alguna una inspiración.

A mi compañero Roosevelt, gracias por construir junto a mí este sueño, por tantas horas de trabajo, por momentos de comprensión y de compañerismo, por su amistad y por hacer de esta meta una realidad.

Y gracias a Dios por estar en mi vida y mi corazón, por impulsarme a crecer como ser humano, como mujer y como profesional del campo de la salud.

Katherine.

AGRADECIMIENTOS

A mi comité asesor, Msc. Norma Lau Sánchez, Dra. Luisa Villanueva Salazar y Licda. Karen Masís Fernández, por acompañarme en este camino, que hoy culmino con una perspectiva más sensible y humana de la persona adulta mayor.

Al Área Rectora de Salud de Parrita y su Directora Dra. Sandra Delgado Jiménez y a las personas adultas mayores del Cantón, por su tiempo, dedicación y el espacio para conocerlos y compartir con ustedes.

Gracias al cuerpo docente de la Escuela de Salud Pública, por ser parte de mi visión profesional y social, que hoy se ve culminada en este proceso.

Gracias al personal administrativo de la Escuela de Salud Pública por su cálida atención y apoyo durante mi formación.

Gracias a Dios por permitirme llegar a este momento, y cerrar este ciclo en mi vida.

Roosevelth.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I: Introducción	1
1.1. Antecedentes del problema	2
1.1.1. Estado del arte Proceso de Transición Demográfica	3
1.1.2. Estado del arte Envejecimiento Activo	8
1.1.3. Estado del arte Promoción de la Salud	11
1.1.4. Estado del arte Redes de Apoyo Social	16
1.2. Justificación e importancia del problema	20
1.3. Formulación y planteamiento del problema	24
1.3.1. Pregunta de investigación	26
1.3.2. Sub-interrogantes	26
1.4. Objetivos	27
1.4.1. Objetivo general	27
1.4.2. Objetivos específicos	28
1.5. Alcances y delimitaciones	28
1.5.1. Alcances	28
1.5.2. Delimitaciones	30
Capítulo II: Referente teórico y contextual	32
2.1. Proceso de envejecimiento y vejez	33
2.1.1. Generalidades del proceso de envejecimiento	34
2.1.2. Ciclo de vida del Ser Humano	37
2.1.3. Vejez	40
2.2. Envejecimiento activo	43
2.2.1. Determinantes del envejecimiento activo	45
2.2.2. Pilares del envejecimiento activo	54
2.3. Promoción de la Salud	56
2.3.1. Líneas de acción de la Promoción de la Salud	59
2.3.2. Herramientas fundamentales de la Promoción de la Salud	62

2.4.	Redes de Apoyo Social	66
2.4.1.	Redes de apoyo social de las personas adultas mayores	74
2.4.2.	Red de Cuido del Cantón de Parrita	76
	Capítulo III: Referente metodológico	78
3.1.	Paradigma, enfoque y método.....	79
3.1.1.	Paradigma.....	79
3.1.2.	Enfoque.....	81
3.1.3.	Método.....	84
3.2.	Fuentes y sujetos de información	86
3.2.1.	Fuentes de información.....	86
3.2.2.	Sujetos de información.....	86
3.3.	Categorías de análisis o constructos de estudio	88
3.4.	Instrumentos y técnicas de recolección de datos	90
3.4.1.	Instrumentos	90
3.4.2.	Técnicas.....	92
3.5.	Tratamiento de la información	98
3.5.1.	Sistematización.....	98
3.5.2.	Análisis de la información	101
	Capítulo IV: Análisis y discusión de resultados	104
4.1.	Categoría: Biología del envejecimiento humano	107
4.1.1.	Perfil de características biológicas	108
4.2.	Categoría: Psicología humana en la vejez	115
4.2.1.	Perfil de características psicológicas	116
4.3.	Categoría: Aspectos socio-culturales y económicos en la vejez	131
4.3.1.	Perfil de características socioculturales y económicas	132
4.4.	Categoría: Educación y cognición en la vejez	142
4.4.1.	Perfil de características educativas y cognitivas	143
4.5.	Categoría: Promoción de la salud para un envejecimiento activo	147
4.5.1.	Perfil promoción de la salud para un envejecimiento activo.....	148
4.6.	Categoría: Actividades cotidianas en la vejez	152
4.6.1.	Perfil sobre las actividades cotidianas	153

4.7.	Categoría: Necesidades e intereses de los adultos mayores.....	157
4.7.1.	Perfil de necesidades e intereses	158
4.8.	Categoría: Posibles objetivos, contenidos, actividades y recursos de una estrategia en promoción de la salud.....	161
4.8.1.	Perfil de posibles objetivos, contenidos, actividades y recursos	162
Capítulo V: Diseño de estrategia en Promoción de la Salud.....		171
5.1.	Posicionamiento de la Promoción de la Salud en el diseño de la estrategia....	172
5.1.1.	Definiendo la estrategia	174
5.1.2.	La estrategia y su vínculo en red	175
5.1.3.	Marco legal, normativo y de abordaje	177
5.2.	Intencionalidad, beneficios y componentes de la estrategia.....	178
5.3.	Propuesta metodológica.....	183
5.3.1.	Etapa I: Talleres.....	184
5.3.2.	Etapa II: Ferias de Promoción y Desarrollo Integral.....	185
5.3.3.	Etapa III: Evaluación y posicionamiento	187
5.4.	Ejecución de la Feria de Promoción y desarrollo Integral.....	188
5.4.1.	Momento I: Planeamiento	188
5.4.2.	Momento II: Ejecución.....	191
5.4.3.	Momento III: Evaluación, control y seguimiento, proyección de logros y prerrequisitos	192
5.5.	Recursos: humanos, técnicos y financieros	196
5.5.1.	Recursos Humanos	196
5.5.2.	Recursos.....	196
5.5.3.	Recursos Financieros	197
5.6.	Retos de la estrategia en promoción de la salud.....	197
Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones		199
6.1.	Conclusión y recomendación objetivo general	200
6.2.	Conclusión y recomendación objetivo específico 1	200
6.3.	Conclusión y recomendación objetivo específico 2	201
6.4.	Conclusión y recomendación objetivo específico 3	201
6.5.	Conclusión y recomendación objetivo específico 4	202

6.6. Conclusión y recomendación objetivo específico 5	202
6.7. Conclusión general.....	203
6.8. Aporte.....	203
Referencias bibliográficas	205
Anexos	220
Anexo N°1: Ficha de registro para la entrevista a profundidad	221
Anexo N°2: Formulario de consentimiento informado	222
Anexo N°3: Guía del cuaderno de campo	224
Anexo N°4: Guía de preguntas generadoras para la entrevista a profundidad	226
Anexo N°5: Ficha de registro y guía general para el grupo focal	231
Anexo N°6: Guía de preguntas generadoras para el grupo focal	234

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1: Personas adultas mayores según edad y sexo, participantes en las entrevistas a profundidad, diciembre 2013.....	96
Cuadro N°2: Personas adultas mayores según edad y sexo, participantes en los grupos focales, abril 2014.....	97
Cuadro N°3: Etapas y fases del método fenomenológico.....	99
Cuadro N°4: Intencionalidad de la estrategia Promoción de la Salud.....	179
Cuadro N°5: Componentes de la estrategia Promoción de la Salud.....	182
Cuadro N°6: Organización de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral: comisiones, ejes, modalidad y actividades.....	190
Cuadro N°7: Estructura lógica para el Festival Intergeneracional y Comunitario y la Feria de Promoción y Desarrollo Integral.....	192
Cuadro N°8: Proyección del éxito de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral: Etapa, medios de verificación, y pre-requisitos.....	195

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Categorías de análisis o constructos de estudio.....	89
Figura N°2: Perfiles basados en las categorías de análisis.....	106
Figura N°3: Perfil de características biológicas.....	108
Figura N°4: Perfil de características psicológicas.....	116
Figura N°5: Perfil de características socioculturales y económicas.....	132
Figura N°6: Perfil de características educativas y cognitivas.....	143
Figura N°7: Perfil promoción de la salud para un envejecimiento activo.....	148
Figura N°8: Perfil de actividades cotidianas.....	153
Figura N°9: Perfil de necesidades e intereses.....	158
Figura N°10: Perfil de posibles objetivos, contenidos, actividades y recursos.....	162
Figura N°11: Fundamentos de la Promoción de la Salud.....	174
Figura N°12: Pilares de la estrategia promoción de la salud y las redes de apoyo social.....	176
Figura N°13: Beneficios de la estrategia promoción de la salud.....	180
Figura N°14: Propuesta metodológica de promoción de la salud.....	183
Figura N°15: Desarrollo de la propuesta metodológica de la estrategia.....	184
Figura N°16: Temáticas y contenidos de las sesiones educativas de la estrategia promoción de la salud.....	185
Figura N°17: Actividades globales de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral.....	186
Figura N°18: Momentos metodológicos de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral.....	188
Figura N°19: Criterios de evaluación de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral.....	193
Figura N°20: Proyección de los logros de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral.....	194
Figura N°21: Retos de la estrategia Promoción de la Salud.....	198

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Este apartado, contempla en primera instancia la indagación del estado del arte objeto de la investigación, correspondiente al proceso de transición demográfica, el envejecimiento activo, la promoción de la salud y las redes de apoyo social.

Posterior a ello y bajo ese marco, se fundamenta y justifica la inquietud científica y académica por abordar esta temática, visualizada desde el aporte teórico, metodológico y social de esta investigación.

Desde este punto de vista, es que se formulan y plantean, tanto la pregunta de investigación como sus sub-interrogantes, enumerando las razones que le dan relevancia al tema, en torno a los ejes del proceso de transición demográfica, envejecimiento activo, promoción de la salud y redes de apoyo social.

Por último este capítulo, plantea los objetivos, los alcances y delimitaciones del proceso de investigación, tendientes al diseño de una estrategia de Promoción de la Salud que fomente el envejecimiento activo en las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita, durante el periodo 2013-2014.

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Esta sección detalla algunas revisiones bibliográficas y documentales sobre trabajos de investigación, publicaciones en libros, revistas y artículos realizadas en los ejes temáticos del estudio, correspondientes al proceso de transición demográfica, el envejecimiento activo, la promoción de la salud y las redes de apoyo social, con el propósito de evidenciar el estado del conocimiento y los planteamientos desde la óptica de diferentes investigadores y contextos.

Producto de esta indagación, se selecciona la bibliografía que se considera importante para la contextualización y caracterización del objeto de estudio. La presentación de estas revisiones sigue la lógica de dos núcleos, el primero de ellos corresponde al nivel de contexto, en el ámbito internacional y nacional; el segundo de ellos hace referencia al nivel de temporalidad de los referentes abordados en diferentes momentos, considerados como aportes relevantes en cada uno de los ejes.

De lo anterior, se rescata el interés desde las distintas disciplinas relacionadas directa e indirectamente con los tópicos vinculados a las personas adultas mayores, evidenciando una marcada tendencia hacia el conocimiento, desde sus campos de acción, sobre el estado de situación de la población adulta mayor y su relación con el entorno; dichas investigaciones parten en su mayoría desde el enfoque cuantitativo y los temas abordados abarcan la caracterización del proceso de transición demográfica mundial y local, la evolución del marco político y de acción del envejecimiento activo, la evaluación de las redes de apoyo social y el nexo inherente que tienen estas sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas adultas mayores, aspectos que son de vital importancia para la promoción de la salud.

1.1.1. ESTADO DEL ARTE PROCESO DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En cuanto al proceso de transición demográfica en el contexto internacional-regional, se destaca que el envejecimiento poblacional es considerado como uno de los mayores logros de la humanidad, sin embargo se ha demostrado que el incremento en el número de personas adultas mayores impone un impostergable reto para las políticas y estrategias en salud, en aras de satisfacer sus necesidades y brindarles la posibilidad de acceso hacia una mejor calidad de vida y bienestar.

En tal consideración, Collazo, Calero y Rodríguez (2010), en el artículo *“Necesidades, realidades y posibilidades del sistema de salud cubano para enfrentamiento al envejecimiento poblacional”*, establecen que el envejecimiento de la población en el mundo desarrollado, consiste en un proceso gradual, caracterizado por un crecimiento socioeconómico constante durante varias décadas y generaciones; en contraposición indican que en los países en vías de desarrollo, el proceso se condensa en las últimas dos o tres décadas. Producto de ello, es que se visualiza el desafío del envejecimiento de la población, no solo desde el ámbito global, sino nacional y local, proyectando así la idea de que para satisfacer los desafíos -económicos, políticos, sociales y culturales- se requiere de una planificación innovadora, que se acompañe

de políticas reales e intrínsecas al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la población.

En este sentido, Viveros (2007), en el estudio *“Acerca del envejecimiento y la vejez: notas para dimensionar la acción de la sociedad”*, busca evidenciar la magnitud del proceso de transición demográfica mundial, cuantificando los datos recolectados al año 2000, donde una de cada 10 personas tenía 60 o más años, y proyecta que para el año 2050, será mayores de 60 años, una de cada 5 personas; así mismo señala que las personas de 80 y más años, para esa fecha, representaban el 11% del grupo de edad de 60 y más años, y prevé que para el año 2050 estos representen el 20%. A la luz de estas cifras, se vislumbra el proceso de envejecimiento como un acontecimiento global que manifiesta su importancia al grado de plantear consecuencias sobre el crecimiento de la población adulta mayor, constituyendo un desafío en el orden económico, político, social y cultural.

El incremento de la población adulta mayor se encuentra contemplado en el ámbito internacional, desde el año 1982, ya que según la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2002a), en la *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* en Viena, se da la “Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento”, la cual gira en torno al proceso de transición demográfica que se vive en los países desarrollados; por lo que a raíz de esta Asamblea se genera el “Plan de Acción Internacional”, con miras a alcanzar el mayor bienestar de las personas adultas mayores, recomendando medidas en sectores tales como: el empleo y la seguridad económica, la salud y la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social; además se enfatiza que dichas personas deben ser consideradas como un grupo de población diverso y activo con aptitudes variadas y necesidades especiales.

Sin embargo, y como señala Montes de Oca (2003), en el artículo *“El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política”*, a pesar del interés alrededor de esta Asamblea y la temática que aborda, no se logra vincular su importancia y accionar, desde los procesos demográficos, sociales, políticos y económicos de la población mundial, demostrando una ruptura de las relaciones establecidas entre la sociedad, la ciudadanía, los derechos humanos y la calidad de

vida. Es así como, en el año 2002 en Madrid se da la “Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento”, la cual versa sobre la evaluación del trabajo que se realiza en las dos décadas posteriores a la primera Asamblea, generando una actualización del “Plan de Acción Internacional”, en el cual se desarrolla una conciencia sobre la evidencia del proceso de transición demográfica mundial, al demostrar que el envejecimiento de la población llega con mayor rapidez a los países en vías desarrollo.

A partir de este discurso, y producto de estos dos acontecimientos, la Organización de Naciones Unidas [ONU] (2002b), en su “*Declaración de la Década de la conducta*” (2000-2010), aduce tres visiones distintas sobre el envejecimiento, por un lado se hace referencia a los valores e ideales para todas las generaciones; se resalta además el valor humano de la sobrevivencia como un éxito de la modernización; e identifica la perspectiva de la seguridad social como el ámbito clave para la modificación en materia política de población.

En tal sentido, Arrubla (2010), en el artículo “*Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos*”, concluye que el envejecimiento demográfico es abordado a lo largo de la historia desde una configuración y noción fatalista del envejecimiento y la vejez, ya que ambos suelen ser comúnmente asociados: al declive económico de los sistemas de pensión y jubilación, al aumento de los gastos en salud, y a la lucha intergeneracional. Así mismo propone, que producto de esta noción, se desemboca a nivel internacional un debate estructural en torno al envejecimiento, centrado en el cuestionamiento de la existencia de una necesidad creciente de vivir la vejez con calidad de vida, aspecto que constituye el verdadero reto de toda política social.

Aunado a ello, Reyes y Castillo (2011), en la investigación “*El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad*”, argumentan que los países que se involucran en este proceso de transición demográfica, se encuentran en cuenta regresiva para crear las condiciones que les permita enfrentar de forma adecuada el cambio generacional en un período de tiempo sumamente corto. En consecuencia, lo anterior constituye un imperativo, para que la sociedad y las instancias gubernamentales tengan una visión y comprensión real del proceso de envejecimiento, y coadyuven al desarrollo de estrategias y mecanismos

adecuados que garanticen los recursos necesarios para afrontar el crecimiento poblacional.

Lo anterior es respaldado por Galbán, Soberats, Navarro, Carrasco y Oliva (2007), en la investigación *“Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor”*, que refuerzan la evidencia del proceso de envejecimiento poblacional en el escenario mundial, donde ya no solo se contempla la magnitud de este proceso en términos cuantitativos, reflejando la necesidad de profundizar en los aspectos cualitativos del fenómeno, constituyendo una base crucial para la planificación y el desarrollo de estrategias de intervenciones en salud para la población de personas adultas mayores, tanto en los sistemas nacionales de salud, como en el gobierno y en las propias comunidades.

Con base a ello, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2003), en la *“Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid”*, enmarca los principios que sustentan la planificación de estrategias y planes de acción para la región con una visión prospectiva de largo plazo, los cuales corresponden a: el envejecimiento activo como marco político y de acción; el protagonismo de las personas mayores como fuente de participación e inclusión social; así como el respeto a la heterogeneidad que abarque y tenga en cuenta el enfoque del ciclo de vida y la solidaridad intergeneracional.

Aunado a ello, a través de los resultados del estudio de la CEPAL (2004), titulado *“Población, envejecimiento y desarrollo”*, comprueba que la Región de América Latina y el Caribe, demuestra una marcada heterogeneidad, además evidencia que el proceso de envejecimiento demográfico en la región es, aunque diverso, generalizado y que las personas adultas mayores tendrá en forma creciente un peso cada vez más significativo frente al total de población.

En consecuencia, América Latina y el Caribe presencian un proceso generalizado y paulatino, que manifiesta una serie de características propias del ritmo acelerado en el que se produce y sigue produciendo el proceso de envejecimiento demográfico; además de que se vivencia en un contexto enmarcado en la pobreza e inequidad social, acompañado de una baja cobertura de la seguridad social, respaldada a su vez por un escaso desarrollo institucional; factores que potencian una probable

disminución en las fuentes de apoyo social, producto de los cambios en la estructura y composición familiar, comunitaria y gubernamental.

Por otro lado, el proceso de transición demográfica en el contexto nacional y local, según el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM] y Presidencia de la República (2006), en el *“Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012”*, señala que el país se encuentra inmerso en un proceso de crecimiento acelerado de su población adulta mayor, mismo que al igual que en los países desarrollados, se ve atribuido a varios factores como: la disminución del número de hijos por mujer, la ampliación de la cobertura de los sistemas de salud y la puesta en práctica de intervenciones que conducen a una disminución considerable de la morbi-mortalidad.

A tal efecto, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM] y la Universidad de Costa Rica [UCR] (2008) en el *“I Informe del Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor de Costa Rica”*, se indica que para el 2008, el 6% (280 mil personas) de la población total del país contaban con 65 años o más, y se proyecta que esa cifra aumente para el año 2025 a un 11,5% (600 mil personas).

Más recientemente, el Ministerio de Salud [MINSAL] (2011a), en la *“Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez 2011-2021”*, demuestra que en los últimos cuarenta años, Costa Rica experimenta un proceso de transición demográfica, que provoca una modificación profunda en la estructura de edades de la población. Así mismo, el Ministerio de Salud [MINSAL] (2011b), en la *“Política Nacional de Salud 2011-2021”*, añade que durante la década de los 50 el país adopta un estilo de desarrollo que denota la voluntad política para invertir en programas sociales y de participación del Estado; decisión que se refleja en un crecimiento general de la economía y el mejoramiento del nivel de vida, promoviendo el acceso a la salud y a la educación, además de la creación de programas sociales de vivienda y saneamiento del medio; aspectos que desembocan en una mejora de los indicadores sociales así como la reducción de la pobreza, marcando un hito importante en la historia de la salud pública del país y de la región.

De este modo, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010), en el *“Informe: Estadísticas Sanitarias Mundiales”*, determina que producto de estos y otros factores

sociopolíticos, el país alcanza índices similares al patrón de los países desarrollados, logrando en el periodo 2005-2010, una esperanza de vida al nacer de 76.27 años para los hombres y de 81.09 años para las mujeres; datos que argumentan que los cambios asociados a este envejecimiento poblacional y los retos que conlleva, son inéditos en la historia del país y deben ser enfrentados en un plazo relativamente corto, con el fin de propiciar un envejecimiento y una vejez con calidad de vida.

En este sentido, la realidad descrita en el contexto mundial y nacional no difiere al caso específico de la localidad de Parrita, ya que en el Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC] (2011), en el “*X Censo Nacional de Población y VI Censo de Vivienda*”, se indica que la población adulta mayor del Cantón representa para ese año el 6,1% (991 personas) del total de población.

Ante esta perspectiva global, regional, nacional y local diversos autores han señalado la relevancia que toma el tema en cuanto a la creación de conocimiento en el campo de la transición demográfica y el proceso de envejecimiento. Por ello, Fernández-Ballesteros (2005), en el “*Estudio longitudinal sobre envejecimiento*”, resalta la importancia de los ejes planteados, como un campo de acción e investigación, prioritario a distintos niveles, tanto nacionales como transnacionales, en los cuales se enmarca a la promoción del envejecimiento activo como una de las líneas prioritarias de todo plan o estrategia ya sea a nivel internacional o nacional.

1.1.2. ESTADO DEL ARTE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Bajo esta premisa, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002), en el artículo “*Envejecimiento activo: un marco político*”, aporta información al debate y a la formulación de planes de acción que promuevan la salud y el envejecimiento, sosteniendo que los países logran afrontar el crecimiento poblacional si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de envejecimiento que mejoren la salud, la participación y la seguridad de las personas adultas mayores.

Es así como la OMS acuña este nuevo paradigma denominado “Envejecimiento activo” en orden a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas según envejecen; dicho paradigma y marco político se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población y permite a las personas alcanzar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de su ciclo vital; además les permite participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados, lo cual hace referencia a una “participación continua” de las personas sin distinción de su edad, en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones; de ahí que el envejecimiento activo sea vinculado a las estrategias de abordaje para la autonomía, la independencia, la calidad de vida y la expectativa de vida saludable, promoviendo las relaciones entre la salud física, mental y social.

Aunado a ello, el artículo de la Organização Mundial Da Saúde [OMS] (2005), titulado “*Envelhecimento activo: uma política de saúde: Brasília*”, evidencia que el marco de la estrategia para el envejecimiento activo es un ejemplo concreto que enfatiza la premisa de que envejecer bien no es una cuestión individual, sino un proceso que debe ser facilitado por las políticas públicas y por el aumento de las iniciativas sociales y de salud a lo largo del curso de vida. A priori, la creación de esta política parte del supuesto de que un envejecimiento activo debe ser fundamentado en el aumento de las oportunidades que faciliten a los individuos los mecanismos necesarios para optar por estilos de vida más saludables.

En este sentido, el planteamiento del envejecimiento activo busca el reconocimiento de los derechos humanos de las personas adultas mayores, así como los principios de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos, propuestos por la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2002a). En consecuencia, dicho planteamiento sustituye la planificación tradicional “desde las necesidades” que contempla a este grupo humano como objetos pasivos a la planificación integral “basada en los derechos”, que los reconoce en igualdad de oportunidades y responsabilidades, respaldando el ejercicio de su participación en los procesos políticos, sociales, culturales y espirituales, propios de la vida comunitaria.

De este modo, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Díez, Montero y Schettini (2010), en el artículo *“Envejecimiento con éxito: criterios y predictores”*, consideran que el marco del envejecimiento activo viene a representar una vinculación con lo “óptimo”, lo “exitoso”, lo “productivo”, lo “positivo” y por ende lo “saludable”, lo cual genera una re-significancia de la estrategia tradicional de intervención para las personas adultas mayores, implementada con la finalidad de trascender a un paradigma multidimensional que abarque y supere la buena salud, y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psicosociales que se complementan e influyen significativamente en la baja probabilidad de enfermar y morir; el cual se ve reflejado en un alto funcionamiento físico y mental, que propicia a su vez una alta participación social, reforzando la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida, como elementos clave de un envejecimiento activo y productividad social. Por ello, los autores concluyen que el envejecimiento activo debe ser considerado como una variable categórica, pudiendo llegar a establecerse para una determinada población el porcentaje de personas que están envejeciendo activamente.

Lo anterior es respaldado por la posición de Arechabala (2007), en el artículo *“Promoting health and active aging”*, en el que se aduce que el envejecimiento activo refleja la capacidad de las personas para adaptarse a los cambios que son parte del envejecimiento; por ello se envejece activamente en la medida en que se tiene la fuerza, la energía, los recursos y las oportunidades necesarias para adaptarse a los cambios que van ocurriendo; que las intervenciones destinadas a promover un envejecimiento activo se basan en el principio de que en el envejecer bien se aprende y se prepara a las personas como responsables de su salud y bienestar, logrando que estas puedan aspirar a ciertas cuotas de crecimiento y realización social; de ahí que los pilares del envejecimiento activo se relacionen con: la funcionalidad de la persona adulta mayor y la promoción de la salud, siendo esta última el punto de partida y uno de los pilares más importantes en el envejecimiento activo, al probar: de qué manera los profesionales de la salud facilitan herramientas a las personas adultas mayores para que sean capaces de envejecer activamente.

Desde esta posición, se plantea el reto poblacional de las personas adultas mayores no como una cifra, sino que centra el foco de atención sobre la forma en que

los profesionales de la salud y la sociedad dan respuesta a la transformación que se está sufriendo a raíz del proceso de envejecimiento de la población. En este sentido, se señala además el establecimiento de seis ejes de trabajo, entre los que se mencionan: el favorecimiento sobre el envejecimiento activo y la promoción de la salud, la disminución de las brechas generacionales, el reconocimiento de la heterogeneidad en cuanto a sexo y estados funcionales, el enfoque del envejecimiento como una parte del ciclo vital y el fomento de la solidaridad intergeneracional y la reasignación de los recursos.

1.1.3. ESTADO DEL ARTE PROMOCIÓN DE LA SALUD

A tal efecto, diversos esfuerzos de la sociedad mundial llevan a la promoción de la salud a un lugar prioritario en la agenda de discusión y de toma de decisiones, donde declaraciones, conferencias internacionales y experiencias en el campo, son el marco para enriquecer la estrategia, diferenciándola de la prevención de la enfermedad y asignándole el valor que tiene como respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, orientada a mejorar el entorno y las condiciones de vida de la población, convirtiéndose en un tema que debe ser conocido, discutido y analizado por todo profesional de la salud que trabaja en forma interdisciplinaria por la producción social de la salud.

El análisis de esta estrategia va adquiriendo fuerza y con él, el convencimiento paulatino de los principios discutidos en la *Carta de Ottawa* de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1986), en la que se estipula a la promoción de la salud como la estrategia que proporciona los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma; en este sentido se proyecta la salud como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, como un aspecto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, donde su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades.

Así, Hadid (2008), en el artículo "*Participación comunitaria para la promoción de la salud y la integración social de los adultos mayores*", indica que el perfil de salud se

ha ido modificando con el tiempo, desde el modelo de intervención médica en la comunidad, hasta el de interacción con el comportamiento individual, familiar y comunitario en salud. Dichos cambios en los modelos de abordaje en salud, han incorporado disposiciones teóricas y metodológicas -internacionales, nacionales y locales- que engarzan una nueva estrategia sobre el análisis de la influencia del estilo de vida y las causas de enfermedad, incapacidad y muerte, así como el peso relativo de los diferentes componentes del gasto en salud.

Atendiendo este aspecto, Hoskins, Kalache y Mende (2005), en el artículo *“Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad”*, evidencian que las oportunidades para promover la salud y prevenir las enfermedades dentro de la comunidad en el marco del envejecimiento activo y el acceso equitativo, corresponden a un imperativo para disminuir la creciente carga de las enfermedades crónicas en la población adulta mayor. Con ello subrayan el objetivo de las estrategias de promoción de la salud y atención primaria en salud, las cuales se encuentran destinadas a proveer la orientación y establecer estándares para la provisión de la atención de la salud comunitaria.

En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998), en su *“Glosario de términos de Promoción de la Salud”*, se sustenta que la promoción de salud como estrategia propicia el fortalecimiento de la capacidad colectiva e individual, para abordar la complejidad de los determinantes que condicionan el proceso de salud de un grupo determinado, considerándola como el resultado de procesos de construcción y producción social.

Esta visión, se fundamenta en el componente de la corresponsabilidad social, la movilización y el empoderamiento comunitario; con el fin de transformar el individualismo característico de las sociedades modernas, impulsando la acción comunitaria organizada, con una perspectiva más inclusiva, en la que las personas sean partícipes y gestores de su propio proceso de salud-enfermedad.

Por lo que, Arechabala (2007), argumenta que la promoción de la salud en las personas adultas mayores se manifiesta a través de acciones que directa o indirectamente promueven la salud y previenen la enfermedad, siendo la promoción de la salud una estrategia para mantener la funcionalidad y disminuir su dependencia.

Para ello, la promoción de salud no puede abordarse independiente del entorno y las situaciones del ambiente en el que se involucra a tres actores: los usuarios, los proveedores de salud y la comunidad. Así mismo, señala que las personas adultas mayores son receptivas a las actividades de promoción de la salud, porque quieren tener buena calidad de vida y ser independientes; por lo que todas las actividades de promoción dirigidas a ellos son efectivas y tienen múltiples beneficios, entre ellos: incrementar la actividad física, incrementar el autocuidado, y favorecer la capacidad de desarrollar sus actividades en forma independiente, aumentando los contactos sociales y previniendo la institucionalización.

Aunado a ello, las teorías en el campo de la investigación del envejecimiento indican que existen algunos modelos que tratan de facilitar las herramientas necesarias para desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas en la población, de tal modo que esta logre modificar la conducta y mejorar la salud, la calidad de vida y el bienestar tanto individual como colectivo.

En consecuencia, Arias (2010), en el artículo *“Diseñando dispositivos de prevención y promoción de la salud en el trabajo con personas adultas mayores”*, aporta que estos modelos parten desde dos perspectivas, la primera de ellas corresponde a las que se basan en las teorías del “comportamiento racional” donde los profesionales de salud constituyen un agente de cambio; sin embargo, señala que estos modelos no son tan efectivos, porque carecen de la segunda perspectiva que se fundamenta en las “teorías del comportamiento relacional”, en el cual los profesionales de salud ya no son agentes de cambio, sino que son un agente facilitador en la comunidad, que tienen credibilidad como agentes promotores de la salud dentro de ésta, y trabajan de manera directa con y para la población blanco, con el objetivo de incorporar los componentes de participación comunitaria y empoderamiento social, en aras de favorecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

De este modo, Rosa (2011), en el artículo *“Propuesta de acciones para la incorporación del adulto mayor a los círculos de abuelos del consejo popular La Posta”*, evidencia que mediante la aplicación de los criterios de la estrategia de promoción de la salud en la persona adulta mayor, se brinda una incorporación más plena de éstas a la sociedad, elevando así su calidad vida; en este sentido durante las etapas del

desarrollo de la investigación, las personas demuestran una compatibilidad socio-psicológica en los fines, intereses y orientaciones de la promoción de la salud, mismas que se traducen en una relación positiva entre envejecimiento y salud, desde un concepto más amplio, y no solo de la ausencia de enfermedad, sino de la asociación de este binomio con el bienestar y la calidad de vida.

Por otra parte, Brigeiro (2005), en el artículo *“Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la Promoción de la Salud”*, propone una reflexión crítica sobre las categorías de envejecimiento “exitoso y tercera edad”, con el fin de problematizar las acciones y discursos de la promoción de la salud dirigidos hacia este segmento poblacional, en el que subraya la necesidad de politización del debate de estos temas, sugiriendo como primordial consideración los diversos modos de gestión de la experiencia de la vejez en el momento de establecer estrategias de promoción de la salud. En este entendido, el autor concluye con la premisa de que envejecer exitosamente depende mayoritariamente de acciones en prevención y promoción de la salud, señalando que los problemas asociados al proceso de envejecimiento no se encuentran vinculados únicamente a las condiciones fisiológicas de las personas adultas mayores, sino que se encuentran también determinados por imposibilidades del contexto social para atender la necesidad, mediante estrategias de promoción de la salud. Por ello, se hace necesario seguir con la tarea investigativa sobre las situaciones de vida de las personas adultas mayores y asumir el reto de hacer visibles los problemas vividos en este período de la vida, tal como pregona la estrategia de promoción de la salud.

Es así como, en Costa Rica, el Ministerio de Salud [MINSAL] (1998), como ente rector del sector en el campo de la promoción de la salud, visualiza la estrategia en la *“Política Nacional de Salud del período 1998-2002”*, como las acciones que la sociedad civil y las instituciones del Estado llevan a cabo en forma integrada, para desarrollar procesos que actúen sobre los factores determinantes de la salud, con la finalidad de que la población ejerza un mayor control sobre ésta y la mejore.

Más recientemente, el Ministerio de Salud [MINSAL] (2008) en el *“Marco estratégico Institucional: Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la Producción Social de la Salud”*, se proyecta la promoción de la salud como la estrategia

que trasciende al Ministerio de Salud y que permite alcanzar mejoras significativas y equitativas en el estado de situación de la población, logradas a través de la participación social, la abogacía por la salud y la mercadotecnia social en salud.

Ambos enfoques se sustentan en la Carta de Ottawa, al señalar que la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y la puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud, donde la fuerza motriz del proceso proviene del poder real de los individuos y las comunidades, de la posesión y del control que tengan estos sobre sus propios empeños y destinos.

Con base a ello, Rojas (2005), en el artículo *“El reto institucional de la Caja Costarricense del Seguro Social para la atención al adulto mayor al 2025”*, presenta el panorama general de la población adulta mayor en Costa Rica, enunciando aspectos relevantes ante la proyección en la demanda de los servicios de salud y del cambio en el perfil epidemiológico de la población costarricense, a lo que concluye diciendo que en el país, existe una necesidad latente para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, para lo cual se han de fortalecer las redes de atención, estimulando y promocionando formas y estilos de vida, acordes al marco político y de acción del envejecimiento activo, asegurando la participación social, la seguridad económica y la salud.

En este sentido, Solano (2002), en el artículo *“La Promoción de la Salud en Costa Rica”*, apunta a que dadas las experiencias desarrolladas en el país y las posibilidades que se vislumbran en el contexto, son múltiples los medios que se pueden utilizar para desarrollar la promoción de la salud, como lo son el fortalecimiento de procesos participativos en los que se involucren instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, empresa privada, organizaciones comunitarias y líderes comunales; evidenciando que en este proceso se requiere de la definición y ejecución de espacios de capacitación de los diferentes actores sociales, de manera que se les faciliten los mecanismos de integración, el manejo del poder y el valor de la participación; factores que a su vez permitan desarrollar el fortalecimiento de organizaciones representativas de la comunidad o de la población, representadas por la creación y el fortalecimiento de las redes de apoyo social, que van surgiendo como una necesidad de apoyarse en

el desarrollo de sus acciones, intercambiando experiencias e iniciativas tendientes a mejorar la salud, en las que se incorporan los preceptos de la promoción de la salud y los determinantes de esta, en el entendido de que para este fin se requiere de condiciones durante el curso de la vida como: el acceso a la educación, trabajo y descanso, bienes materiales y culturales, políticas públicas inclusivas, redes de apoyo social, entre otros.

1.1.4. ESTADO DEL ARTE REDES DE APOYO SOCIAL

Con base a ello, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002), en *“Envejecimiento Activo: Un marco político”*, enuncia una serie de factores fundamentales en el entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen, como lo son: el apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso; estos factores contribuyen a mitigar la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, así como el abuso contra las personas adultas mayores y la exposición a situaciones de conflicto; y demuestran que el trabajo que aborde y tenga en cuenta dichos factores contribuye enormemente a disminuir los riesgos de enfermedad, discapacidad y muerte prematura en las personas adultas mayores.

De ahí que, los responsables políticos, las organizaciones no gubernamentales, la industria privada y los profesionales sanitarios y sociales, deben fomentar las redes de apoyo social para las personas adultas mayores, apoyando las sociedades tradicionales y los grupos comunitarios dirigidos por y hacia ellos; implementando el voluntariado, la ayuda vecinal, el asesoramiento y las visitas, así como las estrategias de cuidadores familiares, los programas intergeneracionales y los servicios de prestaciones sociales.

En este sentido, Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro (2007), en su artículo *“Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra”*, demuestra el efecto positivo de la integración social y las fuertes relaciones

sociales sobre la salud a través de vías psicológicas, comportamentales y fisiológicas, deduciendo que el trabajo en red y fomento de las relaciones sociales -enfoque de familia, comunidad e institucionalidad- pueden cumplir roles sociales importantes en el proceso de envejecimiento, reafirmando la auto-eficiencia, el control y la competencia personal, así como una adaptación más satisfactoria a los declives relacionados con la edad. Así mismo, se destaca que la integración social lograda a través del trabajo en red facilita el acceso a la salud y a los servicios de salud, anima a comportamientos saludables, promueve la utilización de cuidados para la salud y provee ayuda tangible además de la emocional.

Así mismo, Arias (2008), en el artículo *“El Apoyo Social en la Vejez: Alternativas de Acción frente a los Desafíos del Envejecimiento Poblacional”*, destaca que el envejecimiento poblacional reconfigura los escenarios de intervención, situación que implica a su vez cambios y readecuaciones en los apoyos informales y formales a las personas adultas mayores; destacando la necesidad de generar un profundo análisis de impacto en el corto, mediano y largo plazo; con especial énfasis en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos que se anticipen a los problemas y respondan a las nuevas demandas.

A su vez, Palloni (2001), en el artículo: *“Living arrangements of older persons”*, considera que existe suficiente base científica sobre el efecto que tiene el tratamiento de estos preceptos desde el envejecimiento demográfico y las redes de apoyo social, lo cual conlleva importantes transformaciones y repercusiones sobre la planificación sanitaria, las políticas de salud pública y la gestión de los recursos sociales.

Por lo antes mencionado, Arias (2009), en el artículo *“La red de apoyo social en la vejez: aportes para su evaluación”*, menciona que los hallazgos de investigación y la evaluación de programas tendientes a crear y fortalecer las redes de apoyo social, evidencian el efecto benéfico de estas sobre el bienestar integral de las personas adultas mayores; por lo cual plantea que las estrategias basadas en el fomento de las redes, representa una posibilidad para dar respuesta al escenario actual; bajo esta premisa, propone que en todo diseño de estrategias basadas en el apoyo social se han de considerar, aspectos como: a) el fortalecimiento de los apoyos formales e informales existentes, b) la sistematización y la difusión de los recursos de apoyo

disponibles, c) la evaluación y mapeo de manera conjunta con las personas adultas mayores y d) el logro de un trabajo complementario entre las distintas fuentes de apoyo como alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional.

En este sentido, Morasén (2013), en el artículo *“El trabajo comunitario de las redes de apoyo social al adulto mayor como promoción de salud”*, mediante la valoración del papel que desempeñan las redes sociales de apoyo a la persona adulta mayor en la comunidad a fin de mantenerlo activo y saludable, destaca en sus conclusiones que el estudio de las redes de apoyo es de suma importancia en la actualidad, ya que es en estas donde toman sentido los roles y los estímulos sociales, que promueven el sentido de pertenencia y generan la integración social, siendo esta relación un indicador para la promoción de la salud y el envejecimiento activo. A la vez aclara, que promover el envejecimiento activo, no se basa solo en crear políticas y planes de acción que lo propicien, sino revela la necesidad de un cambio de actitudes sociales, por lo que envejecer de manera saludable implica no solo tener la posibilidad de los cuidados médicos ante los problemas de salud, sino que implica el reconocimiento de las personas adultas mayores como seres humanos con necesidades y posibilidades, que deben propiciarse a través del respeto, la seguridad, y la participación en la sociedad, a la cual aportan desde sus experiencias e intereses, alcanzando logros con base a sus acciones individuales, las de sus familias y comunidades actuando en conjunto para conseguirlos.

Así, Sira, Castillo y Gallardo (2008), en la investigación cualitativa bajo la metodología de investigación acción participativa, titulada *“Red para la vigilancia, seguimiento, educación y promoción de la salud del adulto mayor y su familia en las comunidades del ambulatorio urbano Tipo III La Carucieña”*, la cual pretendía desarrollar una red para la vigilancia, seguimiento y educación de la persona adulta mayor y su familia en la comunidad, logró demostrar la influencia, favorecimiento y mejora de la salud integral de la persona adulta mayor y su familia, a través del trabajo en las redes de apoyo social, la educación comunitaria y la promoción de la salud en el contexto familiar. Además señalan que es necesaria la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre su propia salud, la vinculación social de los individuos a través de la red de apoyo entre los profesionales del ambulatorio (trabajadores

sociales), estudiantes, líderes comunitarios, las personas adultas mayores y sus familiares, representando una estrategia sin precedentes para las intervenciones comunitarias orientadas a la promoción y fomento de la salud, el diagnóstico temprano y la rehabilitación de las personas adultas mayores.

En este sentido, en el ámbito nacional y local, según Morales (2011), en el informe *“Red de atención progresiva para el cuidado integral de las Personas Adultas Mayores de Costa Rica”*, se evidencia que el papel que desempeñan las redes de apoyo social debe ser considerado como una prioridad, en el sentido que estas fortalecen los programas de atención dirigidos a las personas adultas mayores, garantizando el derecho fundamental de toda persona al bienestar; acorde con lo que establece la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor N°7935 del CONAPAM.

Es por ello, que dicho informe considera que los propósitos fundamentales del proceso de envejecimiento activo sean direccionados a construir e implementar acciones orientadas a la innovación de estrategias y mecanismos operativos requeridos para la aplicación de la normativa, la legislación, las políticas y los planes existentes, bajo premisas, principios y valores de la promoción de la salud y la atención primaria en salud; mismos que a su vez son principios indispensables para hacer efectivas las aspiraciones del envejecimiento activo, mediante la protección y consolidación de los derechos.

Así mismo, Morales (2006), en la investigación *“Redes de Apoyo Familiar y la Salud del adulto mayor en Costa Rica”*, que tiene como objetivo determinar la existencia de una asociación entre las redes de apoyo familiar y la situación de salud de las personas adultas mayores, logra determinar que a pesar de que la persona adulta mayor cuente con una red de apoyo familiar fuerte, esta no representa por sí sola un factor de protección a la salud, a excepción del deterioro cognitivo, por lo cual evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias y acciones destinadas a la promoción de la salud, de estilos de vida saludable y recreación para el desarrollo integral de la persona adulta mayor, desde una perspectiva individual y colectiva.

A grosso modo, y producto de la indagación exhaustiva de este apartado, se logra constatar en el contexto mundial, regional, nacional y local la existencia de un nexo inherente y significativo entre el proceso de transición demográfica, el envejecimiento

activo, la promoción de la salud y las redes de apoyo social, en respuesta a las reconfiguraciones y readecuaciones del escenario actual; en el cual se resalta una necesidad latente para trascender los paradigmas tradicionales de abordaje utilizados con y para la población adulta mayor, en aras de generar en todos los niveles y contextos las estrategias, los mecanismos y recursos para hacer frente al crecimiento poblacional, centrados en el objetivo de ofrecer más y mejores oportunidades de bienestar y calidad de vida a la población.

1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población supone un fenómeno global, nacional y local de la sociedad, que más allá de ser entendido como una amenaza, debe ser considerado como un logro eminentemente positivo de la modernización. Es así como el incremento paulatino en las condiciones que propiciaron este crecimiento acelerado de la población, suscita la inquietud científica y académica, por indagar el contexto y las intervenciones direccionadas al logro de un envejecimiento activo y los mecanismos de apoyo social, en la construcción de una respuesta integradora de los componentes y pilares de la promoción de la salud, los sistemas de seguridad social, y el papel de las redes de apoyo social.

Sin duda, este cambio en las estructuras etarias y sociales, tanto mundiales como nacionales justifican a priori la necesidad para la creación de conocimiento y el estudio sobre la influencia de la promoción de la salud y los apoyos sociales en el marco del envejecimiento activo, siendo este aspecto el aporte teórico y metodológico más importante de este estudio, evidenciado en el desarrollo y la sistematización de elementos teóricos, conceptuales y prácticos, con una vinculación a un contexto específico y real en el que se desarrolla el proceso de envejecimiento: el Cantón de Parrita y las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido.

Lo anterior, representa la innovación y originalidad de este abordaje, ya que históricamente se le dio al tema un énfasis desde los estudios gerontológicos,

priorizando los aspectos negativos de la vejez, lo cual aportó gran evidencia empírica a las hipótesis que caracterizaban esta etapa de la vida con las pérdidas y el deterioro, tanto en el ámbito económico como en el de la salud.

Sin embargo, y pese a este análisis de corriente negativista centrada en casos de aislamiento, soledad, abandono, maltrato, enfermedad y muerte, se logra generar una visualización sobre la influencia e importancia de los medios de participación, integración y apoyo social como alternativa de respuesta para mitigar los aspectos negativos del periodo de la vejez; admitiendo una reorientación en la investigación y exploración de los aspectos positivos de la vejez, contribuyendo a consolidar una nueva visión más positiva de este ciclo de vida.

Ante este panorama, el aporte metodológico que representa este estudio se basa en la gran cantidad de experiencias científicas que a nivel internacional, demuestran que el trabajo en los factores moduladores -protectores de la salud- como: el mantener unos adecuados hábitos de vida, practicar ejercicio, cuidar la nutrición, mantener la mente activa, seguir aprendiendo, relacionarse, etc., ayudan a amortiguar las posibilidades de padecer una vejez desfavorable. Reconociendo además que el propósito de esta corriente de investigación, justifica su implementación al centrar su estudio sobre las estrategias que potencian los aspectos positivos y los factores protectores-moduladores de la salud, al permitir la orientación hacia los aspectos sociales; el marcado interés en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la inclusión de una concepción de salud positiva basada en los intereses, necesidades y problemáticas de las personas, buscando el desarrollo de los recursos y potencialidades, persiguiendo el logro de cambios a partir de la implicación activa de las personas, a nivel individual, grupal, institucional y comunitario (Arias, 2008).

Por lo que, las posibilidades que brinda la estrategia que incorpora la promoción de la salud, los modelos de apoyo social y el envejecimiento activo, son extremadamente variadas, y las mismas pueden efectuarse desde los niveles más macro, como puede ser el diseño y ejecución de programas desde los organismos de gobierno correspondientes, hasta el más micro, como el trabajo a nivel comunitario-local con personas adultas mayores que presentan una problemática o necesidad determinada.

En este sentido, la promoción de la salud y el enfoque de envejecimiento activo, se relacionan con la identificación de comportamientos, para los cuales los individuos poseen un buen desempeño, y una optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación, para realizar comportamientos en otros dominios de la vida cotidiana; por lo que si una persona adulta mayor tiene la posibilidad de acceder a oportunidades para el logro de un proceso de envejecimiento activo, tendrá a su vez la capacidad de mantener una buena salud, reforzando su sentido de bienestar y calidad de vida, a través de sus vínculos y redes de apoyo social (Brigeiro, 2005).

De lo anterior, se destaca la importancia de las nuevas teorías sobre envejecimiento, que ponen de manifiesto que envejecer no depende únicamente de los factores biológicos, sino que también depende de los factores exógenos que intervienen en el proceso. Con base a ello, resulta fundamental estimular y promocionar un envejecimiento activo en todas las dimensiones de la vida y adoptar una nueva perspectiva para el abordaje de este ciclo, no sólo durante las edades más avanzadas, sino a lo largo de toda la vida.

A partir de este posicionamiento, es que surge el razonamiento de la factibilidad social desde dos contextos, que explican los vínculos del proceso de transición demográfica, la promoción de la salud, los apoyos sociales y el proceso de envejecimiento activo de las personas adultas mayores, en primera instancia, la preocupación generada por la incapacidad estatal para financiar políticas y programas dedicados al fomento del envejecimiento activo, ya que la asistencia a la población de personas adultas mayores y los recursos económicos para mantenerla se ven amenazados por los cambios en la estructura etaria y productiva de las sociedades; y por otro lado la imposibilidad técnica y operativa para instaurar medidas suficientes para cubrir las necesidades de esa población en los servicios de salud, los planes de pensión, el mercado laboral formal, entre otros; condiciones que advierten la existencia de un segmento de población envejecida que no tiene acceso a mecanismos para satisfacer sus necesidades. Por lo que, el diseño de este tipo de estrategias, se convierten en una respuesta para afrontar la sobrevivencia cotidiana, destinadas a

mantener y preservar el nivel de bienestar y calidad de vida; de ahí que estas sean nuevas áreas para la investigación estratégica (Antonucci y Jackson, 1990).

Cabe destacar además, que el trabajo en estos ejes se abordó en el pasado con una fuerte tradición antropológica, sociológica y más recientemente psicológica, y se centró fundamentalmente en el estudio de la desventaja social, la discriminación, la discapacidad, los enfermos mentales y crónicos; desarrollando y aplicando diversas prácticas de índole interpretativo, preventivo y terapéutico, en el abordaje de familias, grupos, instituciones y comunidades, resaltando su utilidad para la resolución de situaciones críticas (García, 1997).

En tanto, esta concepción permite gestar una nueva corriente de investigación que parte de la idea de que algunas perspectivas y acciones identificadas con la promoción de la salud y las redes de apoyo social, se pierden en sus propósitos al no concretarse en los contextos sociales e históricos particulares y, aún más, al dirigirse sin ningún nivel de especificidad para con los determinados grupos, en los que la argumentación se desarrolle y fundamente en torno a las perspectivas críticas recientes, para así avanzar en el diseño de la promoción de salud en fomento del envejecimiento activo, dando prioridad a un aspecto que gana resonancia en el debate interno del ámbito de la salud: El énfasis en las prácticas sociales y de promoción de la salud, al considerar el envejecimiento activo como una responsabilidad tanto social-colectiva como individual.

Resulta primordial, entonces, que tanto en la investigación académica como en la práctica se considere el abordaje de las personas adultas mayores que se está empleando en las intervenciones, donde se tome en cuenta la existencia de múltiples concepciones y formas de interpretación, según las personas que lo viven; y así preguntarse acerca de los diversos significados que pueden ser atribuidos por la gente a la salud y los hábitos saludables que propician un envejecimiento activo.

Por lo que la tarea investigativa de las situaciones de vida de las personas adultas mayores y el reto de hacer visibles sus problemas, se convierte en el desafío para el diseño de estrategias relevantes a la promoción de la salud y la oferta de salud para las personas adultas mayores, articulando los intentos de hacer perceptibles públicamente determinadas problemáticas del envejecimiento con un estricto rigor

investigativo, sin juego de informaciones y generalizaciones indebidas (Tornstam, 1992).

Así mismo se argumenta la importancia del rol que desempeñan los profesionales en salud y demás actores sociales involucrados, con las políticas e intervenciones de promoción de la salud, considerándolas como prioridad en la politización del debate de las cuestiones ligadas con el proceso de envejecimiento activo (Debert, 1998).

Es por ello, que el trabajo en redes de apoyo social para la persona adulta mayor en Costa Rica se visualiza como una necesidad política y social, que trasciende diversos ámbitos de la sociedad; siendo la temática y su enfoque vinculado al quehacer de la salud pública y la infraestructura institucional (estatal y privada) y comunitaria, en la atención del proceso de envejecimiento activo, resaltando la inexistencia de un abordaje que relacione la promoción de la salud y las redes de apoyo social, como una respuesta a la transición demográfica, por lo que se vislumbra a este posicionamiento como una necesidad que ha de ser traducida en el diseño de estrategias en el campo de la promoción de la salud que a corto, mediano y largo plazo sirvan al fomento del envejecimiento activo a través de las redes de apoyo social.

1.3. FORMULACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la realidad ampliamente descrita en los antecedentes, justificación e importancia del problema, se enumeran las razones que dan relevancia al tema de estudio en torno a los ejes del proceso de transición demográfica, envejecimiento activo, promoción de la salud y redes de apoyo social.

En primera instancia se reconoce que el proceso de transición demográfica representa un reto en el orden mundial, nacional y local, abarcando el ámbito económico, político, social y cultural, así mismo se admite que producto de este proceso se requiere del desarrollo de estrategias que proporcionen un conocimiento profundo del fenómeno, dando respuesta a las nuevas demandas y necesidades de la población, lo cual permite anticiparse a los problemas del crecimiento acelerado de la

población, mediante una adecuada gestión de los mecanismos y recursos propios a cada contexto.

En segundo lugar, se identifica a la propuesta política y de acción del envejecimiento activo a lo largo del ciclo de vida como un punto de partida para desarrollar la participación y contribución continua y activa de las personas adultas mayores a la sociedad; lo cual plantea un cambio paradigmático, pasando de un enfoque tradicional de atención basado en las necesidades a un enfoque renovado basado en los derechos, que fomente la transformación de una participación objeto a una participación sujeto, trascendiendo el modelo multidimensional de la salud, apoyando el rol proactivo de los profesionales de salud, centrando su accionar hacia la igualdad de oportunidades y responsabilidades, teniendo en mente la premisa de que para un envejecimiento activo se “prepara y se aprende” durante todas las etapas de la vida.

En tercer lugar, se considera la ruptura teórica y metodológica de las estrategias tradicionales de abordaje en la población de personas adultas mayores basadas en el planteamiento de la promoción de la salud como disciplina, resaltando los aspectos positivos del proceso salud-enfermedad, logrado a través de la corresponsabilidad social y la movilización y empoderamiento comunitario, donde el profesional en promoción de la salud, pasa de ser un agente de cambio a ser un agente facilitador, que visualiza la salud en un contexto determinado potenciando la gestión propia de la experiencia de la vejez, reconociendo a su vez la acción de la sociedad civil y el aparato institucional-estatal en los determinantes sociales de la salud, dando respuesta al cambio del perfil epidemiológico que enfrenta el país y solventando la inexistencia de estrategias en promoción de la salud para el fomento del envejecimiento activo en el marco de redes de apoyo social.

En cuarto lugar, y a partir de este posicionamiento, se visualiza el trabajo en las redes de apoyo social como una prioridad para la promoción de la salud y la persona adulta mayor, demostrando la contribución significativa de estas a la calidad de vida y el bienestar de dichas personas, propiciando un cambio en las actitudes sociales, respaldadas por la responsabilidad política y social, en aras de facilitar el acceso a la

salud, promoviendo ayudas tangibles y emocionales, aspectos que se encuentran contemplados en la legislación y normativa nacional y local.

Con lo expuesto anteriormente y en consecuencia con la coyuntura política que enfrenta el país, conviene reflexionar sobre el ligamen que se propone en este estudio, el cual versa sobre las redes de apoyo social, el envejecimiento activo y la promoción de la salud para la protección y consolidación de los derechos de las personas adultas mayores.

Por lo que la principal motivación e interés del estudio se centra en la comprensión del fenómeno del proceso de envejecimiento poblacional desde una óptica integral e integrada que contemple a la promoción de la salud como estrategia clave para el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de las personas adultas mayores fomentando el envejecimiento activo. Además resulta conveniente señalar la sensibilidad con que cuenta el equipo de investigadores para el trabajo con este grupo específico de población, dadas en las retribuciones de apoyo, cariño y agradecimiento características de las personas adultas mayores.

A continuación se plantea la pregunta de investigación y sub-interrogantes del problema en cuestión.

1.3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la estrategia de promoción de la salud para un envejecimiento activo de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita?

1.3.2. SUB-INTERROGANTES

1. ¿Qué características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y educativas de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón

de Parrita se deben considerar en la elaboración de una estrategia de promoción de la salud que fomente el envejecimiento activo?

2. ¿Qué significado dan las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita a los términos: promoción de la salud y envejecimiento activo?
3. ¿Cuáles son las actividades cotidianas que realizan las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita que se relacionan con el envejecimiento activo y las explicaciones o razones que dan a dichas actividades?
4. ¿Cuáles son las necesidades e intereses de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita para la realización de actividades que se vinculan con el envejecimiento activo?
5. ¿Cuáles son los objetivos, contenidos, actividades y recursos a ser considerados en una estrategia de promoción de la salud que fomente el envejecimiento activo en respuesta a la situación personal, necesidades e intereses de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una estrategia de Promoción de la Salud que fomente el envejecimiento activo en las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita, durante el periodo 2013-2014.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar algunas características biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas y educativas de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita a considerar para la elaboración de una estrategia de promoción de la salud en fomento del envejecimiento activo.
2. Explorar en las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita el significado de los términos promoción de la salud y envejecimiento activo.
3. Indagar las actividades cotidianas que realizan las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita que se relacionan con el envejecimiento activo, así como las explicaciones o razones que dan acerca de estas.
4. Identificar necesidades e intereses de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita en la realización de actividades que se vinculan con el envejecimiento activo.
5. Elaborar una estrategia de Promoción de la Salud para el fomento del envejecimiento activo de acuerdo a la situación personal, necesidades e intereses de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita.

1.5. ALCANCES Y DELIMITACIONES

1.5.1. ALCANCES

Esta investigación pretende generar una primera experiencia de corte cualitativo sobre el diseño de la promoción de la salud como estrategia para el fomento del

envejecimiento activo, en la provincia de Puntarenas, específicamente en el Cantón de Parrita.

Con ella se aspira a reconstruir el proceso de envejecimiento activo de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón, a través del análisis del significado que tienen los términos de promoción de la salud y envejecimiento activo en dicha población, así como la descripción profunda de las características biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas y educativas, y el reflejo de estas en las actividades cotidianas que realizan, y las explicaciones o razones que dan para realizar dichas actividades, identificando así sus necesidades e intereses para la ejecución de actividades que se vinculan con el envejecimiento activo.

A partir de esa reconstrucción se espera, que la multiplicidad de hallazgos y resultados que se obtengan mediante el trabajo de campo y la implementación de varias técnicas y orientaciones metodológicas, sean de utilidad no sólo para las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido, sino a sus familias, a las instituciones que se centran en el trabajo de la red y la comunidad en general.

Para ello, la investigación se concentra en el diseño de una estrategia de promoción de la salud que fomente el envejecimiento activo en el marco de las redes de apoyo social, estableciendo los lineamientos básicos en cuanto a los objetivos, los contenidos, las actividades y los recursos a ser considerados en la elaboración de la misma.

Esta investigación por lo tanto no pretende generar una estrategia sobre las redes de apoyo social o el envejecimiento activo, ya que a criterio de estos investigadores existen en la actualidad contribuciones notables en estos temas, mas no así en la vinculación que existe de estos con la promoción de la salud y el potencial que representa para el diseño de estrategias que contemplen la integración de estos ejes.

Así como tampoco se tiene como objetivo de este estudio el desarrollo de una estrategia estándar aplicable a nivel nacional o local, en otra comunidad diferente al Cantón de Parrita, sino más bien busca generar una aproximación de una propuesta alternativa para el abordaje de las personas adultas mayores y el envejecimiento activo, sin pretensión de establecer cuales estrategias de promoción de la salud son

efectivas y cuáles no, ya que se parte de un criterio de demarcación temporal y espacial que permite caracterizar el proceso de envejecimiento activo de un grupo específico.

Esta investigación espera contribuir a la praxis de la promoción de la salud, como un nuevo paradigma de acción en los profesionales que trabajan para mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores en su contexto, generando una mejor estructuración teórica y metodológica del quehacer de la disciplina, aportando a su vez al proceso de concienciación y sensibilización de la Carrera de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica y la Escuela de Salud Pública en aras de posicionar la necesidad del perfil profesional de los egresados de la carrera.

1.5.2. DELIMITACIONES

Con el objeto de delimitar esta investigación a niveles más concretos y operativos en la comprensión del fenómeno de abordaje, se señalan los límites temporales, espaciales y de los participantes del estudio:

1.5.2.1. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio abarca el II semestre del año 2013 y el I y II semestre del año 2014.

1.5.2.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL

Geográficamente el proyecto se realiza en el Cantón número 9 de la provincia Puntarenas, correspondiente a la localidad de Parrita, y la comunidad de Pueblo Nuevo.

1.5.2.3. DELIMITACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Esta investigación contempla como participantes a las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita, que cumplan con los criterios básicos que se describen a continuación:

- En cuanto la edad, se establece como rango idóneo de participación, las edades comprendidas entre los 65 y más años.
- En cuanto al sexo, se considera pertinente contar con igualdad de representación entre hombres y mujeres.
- En cuanto a su condición de pertenencia a la Red de Cuido, se establece que no se requiere de un rango de temporalidad para participar del estudio, más si se requiere que los participantes se encuentren activos en las actividades propias de la Red al momento de realizar la investigación.

CAPÍTULO II: REFERENTE TEÓRICO Y CONTEXTUAL

A continuación se presenta el referente teórico y contextual, el cual busca generar un primer esbozo de la terminología considerada como básica para la comprensión global de esta propuesta.

Se considera además que este apartado representa en sí mismo un proceso en constante construcción y cambio, ya que a lo largo del transcurso investigativo surgen nuevas teorías, terminologías y conceptos, que emergen de la realidad y la aplicación metodológica y analítica.

En consecuencia, este apartado, enmarca tres ejes teóricos:

El primero de ellos corresponde al proceso de envejecimiento y vejez, sus generalidades, tipologías y visión de ciclo vital, así como los pilares y determinantes del marco político y de acción del envejecimiento activo.

El segundo de ellos hace referencia a la promoción de la salud, abarcando su conceptualización, sus líneas y herramientas de acción fundamentales.

Para cerrar, el tercer eje, contempla la noción de las redes de apoyo social, tanto desde la perspectiva general como específica, al centrar su foco definitorio en el grupo específico de la persona adulta mayor.

Por último el apartado, busca contextualizar de manera general las características de la delimitación espacial de la investigación, aportando algunos elementos del contexto, correspondientes al Cantón de Parrita, Puntarenas.

2.1. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

En el estudio del proceso de envejecimiento y vejez, es necesario clarificar estos dos términos y hacer una diferenciación de los mismos, ya que el envejecimiento es un proceso no un estado, que se inicia en la concepción y termina con la muerte, es un proceso continuo en el paso del tiempo; mientras que la vejez es una de las etapas del ciclo de la vida.

Por lo anterior, se parte de que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y se refleja en el colectivo demográfico, además de

ello es un fenómeno que afecta a las sociedades y a las personas, es un acontecimiento multidimensional (Rivera, 2010).

2.1.1. GENERALIDADES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida (Botero y Pico, 2007).

Este proceso debe abordarse desde dos perspectivas, ya que es un fenómeno poblacional y una experiencia individual. Desde el punto de vista colectivo se refiere al envejecimiento de la población y sus consecuencias económicas y sociales; desde el punto de vista individual, se trata el envejecimiento de las personas desde un enfoque biológico, psicológico y sociocultural (Malagón, 1995).

El envejecimiento de la población debe ser considerado como un fenómeno positivo, dado que es la expresión del desarrollo de la humanidad, sin embargo, no cabe duda de que, también, supone un desafío a la ciencia y a la sociedad. Dado que la edad está asociada a la enfermedad y esta lo está a la discapacidad, el incremento de la población mayor lleva consigo un mayor gasto social y sanitario (Fernández-Ballesteros, s.f.).

2.1.1.1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El fenómeno del envejecimiento de la población es uno de los principales retos o incluso una de las principales oportunidades del siglo XXI (Harper, 2010) que se inició en los países desarrollados hace varias décadas y avanza con extraordinaria rapidez, sin embargo, recientemente, se ha empezado a reconocer el ritmo, la envergadura y el alcance global de este envejecimiento, del que se están evaluando implicaciones más amplias, ya que el mismo plantea un reto político en analizar el tema y adelantar planes y acciones que puedan dar respuestas oportunas, adecuadas y

económicamente factibles a los efectos de dicho fenómeno fundamentalmente en lo referente a la seguridad social y los sistemas de asistencia médica de todo el mundo.

El envejecimiento poblacional o demográfico, se define como un proceso de cambio en la estructura por edad de la población (Montoya y Montes de Oca, 2006), por lo que este envejecimiento es el aumento de la proporción de los individuos considerados viejos con respecto a la población total.

Para estos efectos se toman en cuenta las personas que han cumplido los 60 y 65 años y más, por lo que el envejecimiento de la población se mide por medio de un índice que consiste en dividir el número de individuos de 60 y 65 años y más en el año "t" y la población total en el mismo momento (Rivera, 2010).

Diversos estudios, investigaciones e informes, señalan que existen tres variables significativas en el envejecimiento poblacional, una de ellas es la disminución de los niveles de mortalidad que permiten que cada vez una mayor proporción de la población sobreviva hasta edades avanzadas; otra de las variables es el descenso de la fecundidad, un número cada vez menor de hijos por mujer y por ende menos nacimientos; y finalmente, el aumento de la esperanza de vida, lo que permite que las personas vivan más tiempo y con mejor calidad de vida, por lo que a medida que se produce la transición demográfica en el mundo, se producen cambios en las poblaciones.

Por lo tanto, el envejecimiento poblacional, es y será una realidad a la que se le debe prestar la atención suficiente y seria, en relación con sus implicaciones en el ámbito del desarrollo económico y social de los países (Rivera, 2010).

Este cambio demográfico sin precedentes, está transformando muchas sociedades, en el caso de los países en vías de desarrollado, se considera que el proceso de envejecimiento tiene un periodo de tiempo más breve para adaptarse a los cambios relacionados con este fenómeno de la población, en el caso de Costa Rica, los cambios demográficos ocurridos en las últimas décadas, han tenido y tendrán en el futuro cercano importantes implicaciones que se deben tomar en cuenta (CONAPAM y UCR, 2008).

Este proceso de transición que está ocurriendo aceleradamente en el país, provoca que la estructura de edades de la población esté perdiendo su forma

estrictamente triangular, debido al incremento de la proporción de personas de edades avanzadas y a la disminución relativa de la población menor de 15 años.

Esta tendencia hacia la longevidad se vislumbra como un fenómeno progresivo que llevará, en el caso costarricense, a triplicar la población adulta mayor en un lapso de tres décadas. De esta manera, mientras en 1970 la población de 65 años y más abarcaba un 3,8% de la totalidad de los habitantes; a mitad del 2008, había aproximadamente 278 mil personas adultas mayores, representando un 6% de la población y se estima que los próximos 15 a 20 años, aumentará de manera importante, pasando a un 11,5%. Un aspecto muy importante a tener presente es que las personas de 80 años y más, también tendrán un crecimiento significativo (CONAPAM y UCR, 2008).

2.1.1.2. ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL

El envejecimiento individual es un proceso natural, biológico, universal, endógeno, intrínseco, progresivo, secuencial, acumulativo, irreversible y particular que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico progresivamente que conduce, en un primer momento, al incremento de las capacidades del organismo para adaptarse al ambiente interno y externo y, en un segundo momento, a la disminución de las mismas (Anzola et al., 1994 y Gutiérrez, 1994).

El proceso de envejecimiento individual, es el resultado de la interrelación entre la información genética y otras variables naturales y socioculturales que constituyen el ambiente, en el que se desarrolla la vida humana desde que se nace hasta que se muere. Esta situación se repite en cada uno de los individuos, pero no en forma mecánica ni absoluta, sino en forma dinámica, activa, de modo que dicha interrelación es variable, cambiante y particular (Escobar, 2003).

Estos cambios se presentan en forma universal porque se producen en todos los seres humanos, en forma progresiva, ya que es un proceso acumulativo. Además, tienen su origen en las modificaciones morfológicas, bioquímicas y funcionales, las cuales se producen en las células, tejidos y órganos. Esta involución física del organismo conlleva a su vez cambios psíquicos que se manifiestan en la personalidad

como un todo y que constituyen la capacidad psicológica de la persona para enfrentar la vida (Rivera, 2010).

2.1.2. CICLO DE VIDA DEL SER HUMANO

El envejecimiento se da a lo largo del ciclo de vida, a medida que transcurre la vida, el ser humano atraviesa diversas etapas, como son la niñez, la adolescencia y la adultez; éstas se dan en forma sistemática y cada una de estas va dejando huellas psíquicas y físicas.

La clave en esta secuencia se halla en el paso del tiempo, variable central de todos los cambios en la vida (Papalia, 1992), así por ejemplo, en la niñez, esta etapa empieza con el nacimiento y termina cuando ya se tiene que entrar al colegio; la etapa de la niñez se divide en infancia, niñez y pubertad.

En la infancia no se presentan cambios físicos mayores como en otras etapas de la vida, el cambio más notorio es el crecimiento que tiene desde que nace hasta los 4 años aproximadamente. La niñez comienza a los 4 o 5 años, hasta que cumple los 10 años, en esta edad también los cambios más notorios son el crecimiento y la forma de hablar, entre otros.

Por su parte, la pubertad empieza a los 10 años y hasta los 14 años aproximadamente. La pubertad es una edad en la que el sexo se desarrolla a distintos ritmos, en las mujeres se da un crecimiento más rápido que en los hombres. La duración de la pubertad masculina es generalmente más duradera, pero emocionalmente menos preocupante para ellos. Esta es la etapa con más cambios de todas las etapas, cambia completamente la forma física y psicológica, la forma de pensar y los gustos; unos años después da comienzo la etapa de la adolescencia.

La adolescencia inicia a los 14 años aproximadamente hasta los 21 años, es el periodo donde se está sexualmente desarrollado, pero se carece de la experiencia necesaria y la madurez emocional para tratar con equilibrio todos los problemas que caracterizan la vida adulta.

Mientras que la adultez es la etapa más larga de la vida, comienza a los 21 años y termina con la muerte, esta etapa se subdivide en tres: temprana, intermedia y tardía.

La adultez temprana, representa el puente de desarrollo entre el mundo adolescente y el adulto; esta etapa comienza hacia el final de la adolescencia, entre los 18 y 20 años, y llega hasta los 40 años. En este momento de la vida se alcanza el apogeo biológico, se asumen los roles sociales importantes y se empiezan a establecer relaciones sociales serias en los ámbitos laboral y personal. Asimismo, es la etapa en la que prevalece el proceso de determinación, se logra la independencia y la autonomía en varios aspectos de la vida, debido a que se es alguien capaz de verse a sí mismo como un individuo autosuficiente que forma parte de la sociedad. Es el periodo en que se guía a generaciones futuras, sobretodo mediante el rol activo de la paternidad y maternidad (Rivera, 2010).

En la adultez temprana se incrementa la independencia económica y se emprenden nuevos roles. Simultáneamente surge la necesidad de disminuir la dependencia emocional de los padres y aumentar progresivamente el compromiso con una pareja. Para poder formar una pareja es necesario que surja la necesidad de complemento, así como también debe existir cierta capacidad para proyectarse en el otro sin fusionarse y perder la individualidad (Erikson, 2000).

Hacia el final de esta etapa, rondando los 40 años, aparece un fuerte sentimiento de compromiso en todos los planos (conyugal, familiar y profesional), es un momento de asentamiento y consolidación. En este periodo de la vida se lucha por progresar en lo que se ha comenzado en etapas anteriores. Además, se intenta construir una vida mejor, utilizar las propias habilidades, perfeccionarse y desarrollar la intimidad; esta intimidad relacionada con la habilidad que tiene un individuo para mantener sus vidas y actos personales fuera de la vista del público, o de controlar el flujo de información sobre sí mismos (Rivera, 2010).

Por otra parte, la adultez intermedia, es un periodo que se extiende desde los 40 años hasta los 65 años, es un momento de transición, replanteo de la vida y duelo por varias pérdidas; esta etapa se constituye en un tiempo de búsqueda dentro del alma, de cuestionamiento y evaluación de los logros alcanzados a lo largo de la vida. Una vez que se ha realizado el balance acerca del tiempo vivido, nuevamente se realizan

elecciones; muchas veces estas elecciones están definidas por eventos más o menos traumáticos, como por ejemplo: divorcio, enfermedad, cambio de ocupación, entre otras (Rivera, 2010).

En el ámbito biológico, en la etapa de la adultez intermedia se produce un estancamiento en el desarrollo y la capacidad funcional; el cuerpo está más cansado y los cambios fisiológicos que se empiezan a manifestar pueden tener efectos dramáticos sobre el sentido que la persona tiene de sí misma. Muchas personas no pueden ver el paso del tiempo con naturalidad y hacen esfuerzos dramáticos para parecer jóvenes (Erikson, 2000).

En el caso de las mujeres, en esta etapa, se presentan los cambios asociados a la menopausia, es decir, el periodo que termina la fase reproductiva de la mujer y deben hacer el duelo de la pérdida de la fertilidad. Para muchas mujeres, este cambio es una experiencia desagradable, mientras que para otras hay un sentimiento de liberación, debido a que no tienen más el riesgo de embarazo; además de los cambios fisiológicos, se producen otros a nivel psíquico, como lo son los síntomas de depresión y de ansiedad.

En cambio los hombres, en esta etapa, ingresan en el climaterio masculino o andropausia que es un fenómeno similar a la menopausia femenina; a diferencia de las mujeres, los hombres no tienen signos claros, más bien los cambios en el cuerpo ocurren muy gradualmente y se acompañan de cambios de actitud y estado de ánimo, fatiga, pérdida de energía, impulso sexual y agilidad física. En esta etapa, los hombres tienen que superar el decaimiento de su funcionamiento biológico y su vigor en general (Hidalgo, 2001).

Llegada a la edad media con su consabida crisis de finitud, el pensamiento se hace relativo, la conciencia de finitud lleva al balance de lo vivido; las personas suelen plantearse acerca de la manera en que se ha empleado el tiempo vivido y cuanto menos satisfactorio haya sido, más profundo será el repudio hacia sí; pero así como se analizan los tiempos pasados también se construyen planes para el futuro, en esta etapa se hace un balance de lo vivido hasta el momento y se cuestiona cómo continuar la propia existencia y, entonces, aparece la necesidad de recuperar el tiempo perdido y vivir los años que quedan de una manera distinta (Hidalgo, 2001).

La etapa de la edad adulta tardía comienza a los 65 años aproximadamente, y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales; por lo general, este declive gradual en el funcionamiento se debe al envejecimiento natural de las células del cuerpo.

A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de las personas en la edad adulta tardía conservan un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas. Por lo tanto, para estas personas, esta etapa de la vida es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico; es un periodo en el que se goza de los logros personales y se contemplan los frutos del trabajo personal útiles para las generaciones venideras (Erikson, 2000).

A cualquier edad es posible morir pero la diferencia consiste en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida, sin embargo, contrario a lo señalado, en esta etapa se torna relevante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el pasado vivido. Asimismo, aquella persona que posee integridad está dispuesta a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra todo género de amenazas físicas y económicas (Rivera, 2010).

En la etapa de la edad adulta tardía, la reacción emocional ante una pérdida o infortunio es uno de los cometidos principales a tomar en cuenta, debido a que las personas de edad se enfrentan con un sinnúmero de muertes de sus amigos, familiares o colegas, así como a las pérdidas relacionadas con el cambio de status laboral, la disminución de la salud física y las habilidades, para algunas de ellas, la jubilación es el momento de disfrutar del tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales, en cambio para otras, es un momento de estrés, especialmente de la pérdida de prestigio, debido a que el retiro laboral supone una disminución de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima (Rivera, 2010).

2.1.3. VEJEZ

La vejez es, sin lugar a dudas, como un círculo que encierra otros círculos y cada uno de éstos corresponde a una edad, como lo dice Séneca en una de sus cartas a

Lucilo, “hay un círculo que abraza a todos los demás y es el que corresponde a la vida, desde el nacimiento a la muerte” y justamente la vejez estaría incluida dentro de la vida.

La vejez es el resultado del proceso de envejecimiento, sin embargo, a la hora de concretar este término, no se ha logrado un acuerdo unánime entre los estudiosos del tema. Las definiciones coinciden en expresar dos hechos y sus relaciones entre estos, por un lado, no hay consenso en los efectos que produce el paso de los años en la persona y, por otro lado, las modificaciones que sobre los seres vivos llevan a cabo. Las discrepancias se encuentran a la hora de concretar dónde y cuándo se localizan inicialmente esas modificaciones, así como, el momento de decidir si se consideran sólo los factores físicos y biológicos o incluir en los mismos, los factores sociológicos, educativos, psicológicos, ambientales, entre otros (Rivera, 2010).

Existe un debate considerable en cuanto a la definición de cuándo comienza la vejez, algunas hipótesis dicen que se trata del porcentaje de la población de 50 años o más, de 60 años, de 65 años o más, y recientemente ha aparecido el concepto de “personas de edad muy avanzada” de 80 años o más, e incluso de 85 años o más.

La vejez debe considerarse como un proceso diferencial y no como un estado, es decir, se trata de un proceso gradual y universal en el que intervienen un gran número de variables de todo tipo, en este proceso se destacan las circunstancias socio-históricas que actúan de una forma general y conocida, produciendo el llamado efecto generacional y las variables personales, experiencias vividas y percepción personal de éstas, como tipo de trabajo, relaciones sociales, entre otros (Rivera, 2010).

Algunos autores señalan que existen 3 tipos de vejez: vejez cronológica, vejez funcional y vejez etapa vital. La primera, se relaciona con los años transcurridos desde el nacimiento de una persona, es decir, la edad calendario o número de años que un individuo ha vivido (Moragas, 1991). La segunda, tiene un carácter negativo y peyorativo, debido a que refleja las limitaciones de la vejez. Por ello las personas adultas mayores son relegadas y consideradas poco importantes para la sociedad (Sánchez, 1990). Por último, la vejez etapa vital considera que el paso del tiempo produce efectos en las personas que implican la entrada en una etapa del ciclo vital distinta a las anteriores, con realidad propia y ciertas limitaciones que pueden ser

externas a las personas o totalmente subjetivas. Sin embargo, también la persona en este tipo de vejez posee unos potenciales únicos, por ejemplo, serenidad de juicio, madurez, experiencia, entre otras, que si son utilizadas adecuadamente, compensan en cierta medida las limitaciones físicas (Rivera, 2010).

Se debe tener en cuenta que en torno a la vejez existen una serie de estereotipos e ideas preconcebidas (Mariluz, s.f.), entre los que se encuentran: que la vejez es una enfermedad, que los viejos se vuelven niños, que los viejos no son adultos, es decir, no productores, que la vejez significa pérdida, que de la vejez no se sale, porque es crónica, que los viejos se llevan mal con los jóvenes (mito del conflicto intergeneracional), que ser viejo es ser dependiente, que los viejos no poseen saberes útiles, es decir no pueden aportar nada, que los viejos son una carga y molestos, que el viejo es feo, que los viejos son avaros, que los viejos son gruñones y malos, que los viejos son degenerados sexuales, que los viejos no deben sufrir ni enterarse de cosas negativas, que los viejos no pueden decidir por sí mismos, que los viejos son proclives a tener determinados accidentes, que no tienen interés ni preocupaciones, por lo que sus opiniones no valen, que a los viejos les gusta estar solos, que los viejos no tienen necesidades personales, que los viejos no tienen vida sexual ni sexualidad, que los viejos no se enamoran, entre muchos otros, por lo que estos estereotipos refuerzan la imagen negativa que se tiene de la vejez y colaboran para que los mismos sean marginados y olvidados.

En concordancia con lo anterior, la mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y la plantean como un aspecto progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte, debido a la disminución de la capacidad funcional de la persona y a la mayor prevalencia de enfermedades; sin embargo, este razonamiento resulta limitado.

2.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El fenómeno del envejecimiento abarca el ciclo vital, y además reconoce que las personas adultas mayores no son un grupo homogéneo, ya que su capacidad funcional varía a lo largo de este ciclo, por tanto, el envejecimiento, es un proceso que dura toda la vida.

El envejecimiento activo es “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (OMS, 2002), además lo describe como un proceso continuo referido a todo el ciclo vital (y no tanto como resultado final) y hace referencia a los potenciales (desde el punto bio-psico-social de las personas) y cómo fomentar los mismos a través de diversos determinantes referidos a variables propias del individuo y del entorno físico y social que rodea al individuo y/o grupos de población.

Así, la palabra “activo” se refiere a una implicación continua, social, económica, espiritual, cultural y cívica, y no tan sólo a la capacidad de permanecer físicamente activo, por lo que mantener la autonomía es el principal objetivo tanto para los individuos como para los responsables políticos y justamente la salud, es el factor clave de la autonomía, ya que posibilita la experiencia de un envejecimiento activo (Regato, 2003).

El mismo autor señala que el enfoque del envejecimiento activo está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas, los cuales son: independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización.

El envejecimiento es, por tanto, un fenómeno que tiene su origen en un conjunto de efectos multifactoriales, esto porque tanto la salud como la productividad dependen de una diversidad de factores o “determinantes” que rodean a las personas, las familias y las naciones, y éstos son: sexo y cultura, sistemas sanitario y social, factores económicos (ingresos, trabajo y protección social), factores del entorno físico, factores personales, factores comportamentales y factores del ambiente social (Regato, 2003).

Otros autores mencionan que envejecer activamente, es el entrecruce de la salud (o ausencia de enfermedad) y habilidad funcional (o ausencia de discapacidad), del óptimo funcionamiento cognitivo y físico y de un alto compromiso con la vida (Rowe y Khan, 1997), dentro del funcionamiento cognitivo se debe tomar en cuenta la educación, el nivel de actividad fuera del hogar, la capacidad vital, la autoeficacia (creencia en las propias capacidades) y el potencial de aprendizaje, ya que en las personas mayores existe una plasticidad intelectual y conductual, esto es, la capacidad de aprender; por otra parte el funcionamiento físico plantea los beneficios del ejercicio físico sobre la salud física y mental; por último, el compromiso con la vida alude que el envejecimiento en ocasiones se asocia con una desvinculación social y afectiva, por lo que el aislamiento y la ausencia de relaciones sociales constituyen factores predictores de enfermedad y dependencia, por tanto, mantener una amplia red de apoyo social es un buen predictor de longevidad.

Un enfoque desde el envejecimiento activo a las políticas y programas de desarrollo ofrece la posibilidad de afrontar muchos de los retos tanto de las personas como de las poblaciones que están envejeciendo. Cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, posiblemente habrá: menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida, menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad, más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo, más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria, menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria (OMS, 2002).

Por otra parte, las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida.

2.2.1. DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Partiendo de lo citado anteriormente, es que la OMS (2002) plantea los determinantes del envejecimiento activo, mismos que se relacionan con la cultura y el género como determinantes transversales, así mismo los que tienen relación con la sanidad y los servicios sociales, además de los determinantes conductuales, personales, sociales, económicos y los referentes al entorno físico.

2.2.1.1. DETERMINANTES TRANSVERSALES: LA CULTURA Y EL GÉNERO

La cultura y el género son determinantes transversales incluidos dentro del marco de comprensión del envejecimiento activo. La cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que se envejece porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo, mientras que el sexo es una "lente" a través de la cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afecta al bienestar tanto de los hombres como de las mujeres.

En muchas sociedades, las mujeres tienen una situación social de inferioridad y un menor acceso a los alimentos nutritivos, a la educación, a un trabajo gratificante y a los servicios sanitarios, el papel tradicional de las mujeres como cuidadoras de la familia también puede contribuir al aumento de la pobreza y a la mala salud en la ancianidad. Algunas mujeres se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado para hacerse responsables del papel de cuidadoras. Al mismo tiempo, los hombres son más propensos a padecer lesiones debilitantes o a morir a causa de la violencia, los riesgos laborales y el suicidio. También se involucran en conductas de mayor riesgo, como fumar, consumir alcohol y drogas y exponerse innecesariamente al riesgo de herirse.

2.2.1.2. DETERMINANTES RELACIONADOS CON LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LOS SERVICIOS SOCIALES

Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración y de calidad.

La sanidad y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados y ser efectivos y rentables. No debe existir discriminación por causa de la edad al facilitar los servicios y los profesionales sanitarios han de tratar a las personas de todas las edades con dignidad y respeto.

En cuanto a la promoción de la salud, este es el proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud, mientras que la prevención de las enfermedades incluye la prevención y el tratamiento de las patologías que son especialmente frecuentes a medida que las personas envejecen: las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Aunque se realicen los mejores esfuerzos en promover la salud y prevenir las enfermedades, las personas se ven expuestas a un riesgo creciente de desarrollar enfermedades a medida que envejecen. Por consiguiente, acceder a los servicios curativos se hace indispensable. Como la inmensa mayoría de las personas ancianas de un país determinado viven en la comunidad, el sector de asistencia sanitaria primaria debe ofrecer la mayoría de los servicios curativos. Este sector es el mejor equipado para remitir a los pacientes a los niveles de asistencia secundaria y terciaria, donde se proporciona la mayor parte de la atención de emergencia y de casos graves.

A medida que la población envejece, continua aumentando la demanda de medicamentos que se usan para retrasar y tratar las enfermedades crónicas, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida. Esto exige un esfuerzo renovado para aumentar el acceso a medicamentos básicos y seguros y para garantizar el uso correcto y eficiente tanto de los fármacos actualmente en uso como de los nuevos. En este esfuerzo deben colaborar los gobiernos, los trabajadores sanitarios, los curanderos tradicionales, la

industria farmacéutica, los empresarios y las organizaciones que representan a las personas ancianas.

Por otra parte, la asistencia de larga duración entendida como “el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana” (OMS, 2000) incluye ambos sistemas de apoyo: informal y formal, estos últimos pueden incluir una amplia gama de servicios comunitarios (salud pública, atención primaria, asistencia domiciliaria, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos) así como asistencia institucional en residencias y centros de cuidados paliativos asistidos. También se refiere a tratamientos para detener o retrasar el curso de la enfermedad y la discapacidad.

Los servicios de salud mental, desempeñan un papel crucial en el envejecimiento activo, estos deben formar parte integral de la asistencia de larga duración. Es necesario prestar especial atención al insuficiente diagnóstico de las enfermedades mentales (sobre todo la depresión) y a los índices de suicidio entre las personas mayores (OMS, 2001).

2.2.1.3. DETERMINANTES CONDUCTUALES

La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del curso vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y al contrario, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.

- Tabaco

El consumo de tabaco es el factor de riesgo modificable más importante para las enfermedades no transmisibles tanto en los jóvenes como en las personas adultas mayores y una importante causa de muerte prematura que se puede evitar. La exposición pasiva al humo del tabaco también puede tener un efecto negativo sobre la salud de las personas mayores, especialmente si están aquejadas de asma u otros problemas respiratorios.

- Actividad física

La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en las personas adultas mayores sanas como en aquellas que sufren enfermedades crónicas. El hecho de mantenerse activas puede ayudar a las personas adultas mayores a mantener la mayor independencia posible y durante el mayor período de tiempo, además de reducir el riesgo de caídas. Por lo tanto existen ventajas económicas en el hecho de que las personas mayores permanezcan activas físicamente.

- Alimentación sana

Los problemas de alimentación y seguridad alimentaria en todas las edades incluyen tanto la desnutrición (de forma especial, aunque no exclusiva, en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías. En las personas adultas mayores, la nutrición incorrecta puede estar causada por el acceso limitado a los alimentos, las penurias socioeconómicas, la falta de conocimientos e información sobre nutrición, la incorrecta elección de los alimentos (por ejemplo, comer comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, la pérdida de los dientes, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, las situaciones de emergencia y la falta de actividad física.

- Salud bucal

Una mala salud bucal, especialmente la caries dental, las enfermedades periodontales, la pérdida de los dientes y el cáncer bucal, produce problemas de salud generalizados. Crean una carga financiera para las personas y la sociedad y pueden reducir la autoconfianza y la calidad de vida. Los estudios demuestran que una mala

salud bucal se asocia a la desnutrición y, en consecuencia, aumenta los riesgos de contraer diferentes enfermedades no transmisibles.

- Alcohol

Aunque las personas mayores tienden a beber menos que las jóvenes, los cambios metabólicos que acompañan al envejecimiento aumentan su predisposición a las enfermedades relacionadas con el alcohol, entre las que se incluyen la desnutrición y las enfermedades hepáticas, gástricas y del páncreas. Las personas mayores también presentan un mayor riesgo de caídas y lesiones relacionadas con el alcohol, así como posibles peligros relacionados con la mezcla de alcohol y medicamentos. Debe disponerse de servicios de tratamiento para las personas mayores y de los jóvenes.

- Medicamentos

Puesto que las personas adultas mayores tienen habitualmente problemas de salud crónicos, tienen una mayor probabilidad que la gente joven de necesitar y usar medicamentos (tradicionales, sin receta y con receta). En la mayoría de los países, las personas adultas mayores con pocos ingresos tienen pocas posibilidades de acceder a un seguro médico que les proporcione medicamentos. En consecuencia, muchos han de prescindir de ellos o se gastan una proporción muy elevada de sus ingresos en fármacos.

- Cumplimiento terapéutico

El acceso a los medicamentos necesarios no es suficiente en sí mismo a no ser que también se alcancen cotas elevadas de cumplimiento terapéutico a largo plazo en las enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento. El cumplimiento terapéutico implica adoptar y mantener una amplia gama de conductas (por ejemplo, una dieta sana, la actividad física, no fumar), así como tomar los medicamentos bajo la dirección de un profesional sanitario.

2.2.1.4. DETERMINANTES RELACIONADOS CON LOS FACTORES PERSONALES

Este determinante plantea dos factores:

- Biología y genética

La biología y la genética influyen en gran medida en cómo envejece una persona. El envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente. Aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna.

Debe advertirse también de que en poblaciones humanas existen evidencias de que la longevidad tiende a ser similar en el seno de determinadas familias. Pero, tomando todo en consideración, hay un acuerdo generalizado de que la trayectoria vital de la salud y la enfermedad de un individuo es el resultado de una combinación de genética, medio ambiente, estilo de vida, nutrición, y, en gran medida azar (Kirkwood, 1996).

- Factores psicológicos

Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas) son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad (Smits, Deeg y Schmand, 1999). Durante el envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas (como la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural con la edad. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. A menudo el declive del rendimiento cognoscitivo se desencadena por el desuso (falta de práctica), la enfermedad (depresión), los factores conductuales (consumo de alcohol y medicamentos), los factores psicológicos (falta de motivación, bajas expectativas y falta de confianza) y los factores sociales (soledad y aislamiento) más que por el envejecimiento *per se*.

2.2.1.5. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO

Unos entornos físicos que tengan en cuenta a las personas adultas mayores pueden establecer la diferencia entre independencia y dependencia para todas las personas, pero son de especial importancia para las que están envejeciendo. El

entorno físico entraña riesgos que pueden provocar lesiones debilitantes y dolorosas en las personas mayores. Las lesiones como consecuencia de caídas, incendios y accidentes de tráfico, son las más frecuentes.

- Seguridad de la vivienda

Una vivienda y un vecindario seguros y adecuados son esenciales para el bienestar tanto de los jóvenes como de las personas mayores. Para estas últimas, la ubicación, teniendo en cuenta la proximidad a los miembros de la familia, los servicios y el transporte pueden marcar la diferencia entre la interacción social positiva y el aislamiento. Es preciso que las ordenanzas de edificación tengan en cuenta las necesidades de seguridad y de salud de las personas mayores. Los peligros domésticos que aumenten el riesgo de sufrir caídas deben ser solucionados o eliminados.

- Caídas

Las caídas de las personas mayores son una importante y creciente causa de lesiones, gastos de tratamiento y muerte. Los peligros del entorno que aumentan el riesgo de caerse son la mala iluminación, suelos resbaladizos o irregulares y la ausencia de barandillas donde apoyarse. Con mucha frecuencia, estas caídas se producen en el entorno doméstico y pueden evitarse.

La inmensa mayoría de las lesiones pueden prevenirse; sin embargo, la consideración tradicional de las lesiones como accidentes ha ocasionado el histórico abandono de este ámbito de la salud pública.

- Agua limpia, aire puro y alimentos sanos

El agua limpia, el aire puro y el acceso a alimentos sanos son cuestiones especialmente importantes para los grupos de población más vulnerables, como los niños y las personas adultas mayores, y para quienes padecen enfermedades crónicas y daños en el sistema inmunitario.

2.2.1.6. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO SOCIAL

En cuanto a este determinante, se distinguen tres aspectos importantes:

- Apoyo social

El apoyo social inadecuado no sólo se asocia a un aumento de la mortalidad, la morbilidad y la angustia psicológica, sino también a una disminución de la salud general global y el bienestar. La interrupción de los vínculos personales, la soledad y las interacciones conflictivas son fuentes importantes de estrés, mientras que los contactos sociales de apoyo y las relaciones íntimas son fuentes vitales de fortaleza emocional.

- Violencia y abuso

Las personas adultas mayores que son frágiles o viven solas pueden ser especialmente vulnerables a delitos como el robo y el asalto. Una forma frecuente de violencia contra las personas adultas mayores (especialmente contra las mujeres) es el abuso contra las personas de edad avanzada cometido por los miembros de la familia o por los cuidadores institucionales que son bien conocidos por sus víctimas. El abuso contra las personas adultas mayores se produce en familias de todos los niveles económicos. Suele ser más frecuente en sociedades que sufren convulsiones económicas y desorganización social, donde el delito y la explotación tienden a crecer. El abuso contra las personas de edad avanzada incluye el abuso físico, sexual, psicológico y económico, así como la desatención (OMS/INPEA, 2002).

- Educación y alfabetización

Los bajos niveles de educación y alfabetización se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen, así como con mayores índices de desempleo. La educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes y la confianza que necesitan para adaptarse y seguir siendo independientes a medida que envejecen.

El aprendizaje intergeneracional salva las diferencias de edad, mejora la transmisión de los valores culturales y fomenta la valía de todas las edades. Los estudios han mostrado que los jóvenes que aprenden con personas mayores tienen actitudes positivas y realistas con respecto a la generación de más edad.

2.2.1.7. DETERMINANTES ECONÓMICOS

Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

- Ingresos

Es necesario que las políticas de envejecimiento activo se entrecrucen con planes amplios para reducir la pobreza en todas las edades. Aunque las personas pobres de todas las edades se enfrentan a un riesgo creciente de mala salud y discapacidades, las personas adultas mayores son particularmente vulnerables. Muchas personas adultas mayores, sobre todo mujeres que viven solas o en zonas rurales, no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto afecta seriamente su acceso a alimentos nutritivos, a una vivienda adecuada y a la atención sanitaria. De hecho, los estudios han mostrado que las personas adultas mayores con ingresos bajos tienen sólo un tercio de probabilidades de mantener un nivel elevado de funcionalidad que los que tienen ingresos elevados (Guralnick y Kaplan, 1989).

- Protección social

En todos los países del mundo, las familias proporcionan la mayor parte del apoyo a las personas adultas mayores que necesitan ayuda. Sin embargo, a medida que las sociedades se desarrollan y comienza a decaer la tradición de que las generaciones vivan juntas, los países recurren cada vez más al desarrollo de mecanismos que proporcionen protección social a las personas de edad avanzada que no pueden ganarse la vida y están solas y son vulnerables.

En los países en vías de desarrollo, las personas adultas mayores que necesitan asistencia tienden a depender del apoyo familiar, la asistencia de servicios informales y los ahorros personales. Los programas de seguridad social existentes en estos ámbitos son mínimos y, en algunos casos, redistribuyen los ingresos a las minorías de la población que tienen menos necesidades.

- Trabajo

Al concentrarse sólo en el trabajo del mercado formal, se tiende a ignorar la valiosa contribución de las personas adultas mayores en trabajos del sector informal (por ejemplo, actividades a pequeña escala y de empleo por cuenta propia y trabajos domésticos) y en las actividades domésticas no remuneradas.

Tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, las personas adultas mayores suelen asumir la responsabilidad principal del trabajo de la casa y el cuidado de los niños para que los adultos más jóvenes puedan trabajar fuera de casa.

En sintonía con los determinantes del envejecimiento activo, existen tres pilares básicos para llevar adelante el envejecimiento activo desde un marco político (OMS, 2002).

2.2.2. PILARES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

2.2.2.1. SALUD

Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos, y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y calidad de vida. Permanecen sanas y pueden manejar sus propias vidas cuando envejecen, por lo que habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios.

2.2.2.2. PARTICIPACIÓN

Las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de la educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de

acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias.

2.2.2.3. SEGURIDAD

Cuando las políticas y los programas aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, éstas ven garantizadas su protección, su dignidad y su asistencia en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas. Se apoyará a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad.

Otros autores señalan, que la funcionalidad de la persona adulta mayor así como la promoción de la salud, son pilares imprescindibles en cuanto a envejecimiento activo se refiere (Arechabala, 2007).

2.2.2.4. FUNCIONALIDAD

La funcionalidad es la capacidad de cumplir las actividades de la vida diaria, que permiten a la persona subsistir en forma independiente, es decir, incorpora los conceptos de independencia y autonomía, que no son lo mismo: una persona puede ser independiente, pero no autónoma y viceversa, porque la autonomía tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones, que es muy importante para los objetivos del modelo de autocuidado, mientras que la independencia tiene que ver con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o instrumentales. El principal factor de riesgo independiente de institucionalización y mortalidad de las personas adultas mayores es la pérdida de la funcionalidad (Arechabala, 2007).

2.2.2.5. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Otro de los pilares importantes en el envejecimiento activo es la promoción en salud, es decir, de qué manera los profesionales de la salud entregan herramientas a las personas adultas mayores para que sean capaces de envejecer activamente.

Para lograr el objetivo de un envejecimiento activo se necesitan medidas en diversos sectores, además del sanitario y el social, como la educación, el empleo y el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia y el desarrollo rural y urbano. Aunque está claro que el sector de la salud no tiene responsabilidad directa en las políticas de todos los demás sectores, éstas pertenecen en el más amplio sentido al ámbito de la salud pública porque apoyan los objetivos de mejorar la salud a través de la acción intersectorial. Este tipo de enfoque destaca la importancia de los numerosos y diferentes socios de la salud pública y refuerza el papel del sector de la salud como catalizador para la acción (Yach, 1996).

Con esto se vislumbra que el enfoque del envejecimiento activo busca eliminar la discriminación por razón de la edad y reconocer la diversidad de estas poblaciones, además se debe tener en cuenta que las personas mayores al igual que los jóvenes tienen capacidades diferentes para enfrentarse a la vida y aceptar sus situaciones personales, por lo que se envejece de la misma manera que se ha vivido y por lo tanto la historia vital es un factor determinante en la concreción de la vida cotidiana en la vejez. La persona mayor que envejece de forma óptima es aquella que se mantiene activa y consigue resistir al empequeñecimiento de su mundo social (Arechabala, 2007).

2.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Diversos esfuerzos de la sociedad mundial han llevado a la promoción de la salud, a un lugar prioritario en la agenda de discusión y de toma de decisiones, tanto declaraciones, como conferencias internacionales y experiencias en el campo, han

sido el marco donde se ha enriquecido el concepto, diferenciándolo de la prevención de la enfermedad y asignándole el valor que tiene como respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, orientada a mejorar el entorno y las condiciones de vida de la población.

La promoción de la salud se considera como la nueva salud pública porque es un enfoque técnico y político que opera en diversos sectores, fomenta el empoderamiento y mejora la calidad de vida. Al no centrarse en las enfermedades, la promoción de la salud ofrece herramientas para hacer frente a los cambios en el perfil sociodemográfico y epidemiológico, al igual que los retos subsiguientes de promover estilos de vida saludables y por ende espacios sociales sanos, previniendo las enfermedades (Terris, 1991).

Así mismo, la estrategia de promoción de la salud permite responder a las necesidades de los grupos de población más vulnerables, en este caso la población de personas adultas mayores, ya que busca lograr que existan personas y familias saludables en comunidades saludables, por lo que es un proceso que "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, entendiendo a la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades" (OMS, 1986).

Así mismo, la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (OMS, 1986), plantea que "... la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos los miembros la posibilidad de gozar un buen estado de salud".

En este contexto, la promoción de salud constituye un proceso político-social y una estrategia que puede contribuir efectivamente en la mejora de la calidad de vida y la construcción de una sociedad de bienestar. Su enfoque se basa en la concepción de salud como un proceso social, resultante de las condiciones e interacciones de las personas con su medio local, desde esta perspectiva, la promoción de la salud

considera que la preservación, mantenimiento y mejora de la salud requiere de la participación de la comunidad, del empoderamiento social y del despliegue de esfuerzos intersectoriales, esto conlleva al fortalecimiento de la capacidad colectiva e individual para enfrentar la multiplicidad de determinantes que condicionan la salud.

La promoción de salud como campo conceptual, metodológico e instrumental, trae entre sus pilares, determinantes y herramientas, elementos favorecedores de la mejora de la calidad de vida a través del trabajo de los determinantes de la salud; presupone que el logro del bienestar está en el potencial de contar con aliados y la movilización de la sociedad, trabaja con el principio de autonomía de los individuos y la sociedad, y refuerza el planeamiento del poder local para el cambio y el desarrollo sostenible.

Cuando se alude al concepto de salud vigente, se asigna importancia a los diferentes determinantes de tipo biológico, social, ecológico y de servicios, por considerar que la dinámica que generan, en su estrecha interrelación, es la que finalmente determina la situación de salud en nuestra sociedad (Solano, 2002), estos determinantes se organizan en cuatro componentes (Lalonde, 1974):

- *La biología humana.* Incluye aspectos de salud física y mental, la herencia genética y el proceso de maduración y envejecimiento.
- *El medio ambiente.* Incluye los fenómenos relacionados con la salud externos al cuerpo humano y sobre los que se tiene poco o ningún control.
- *El estilo de vida.* Incluye las decisiones de los individuos sobre lo que afecta su salud.
- *Organización de servicios de salud.* Incluye la cantidad y calidad de la organización de los recursos humanos y materiales en los servicios de salud.

En la Carta de Ottawa (OMS, 1986) se definen cinco grandes líneas de acción de la promoción de la salud: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

Estas líneas de acción guardan una estrecha relación entre ellas, de ahí que para lograr resultados efectivos en la promoción de la salud se debe considerar esa interrelación, teniendo en cuenta que el desarrollar acciones con énfasis en conductas individuales, sin buscar transformaciones de las condiciones de vida, lleva a resultados poco efectivos y no sostenibles (Solano, 2002.).

2.3.1. LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

2.3.1.1. ELABORACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y LEGISLACIÓN SALUDABLES

La promoción de la salud no es una función de la salud pública que concierne exclusivamente al sector salud. Una de las formas claves para lograr que se actúe sobre los determinantes de la salud, es propiciando que los diferentes sectores responsables de definir políticas relacionadas con esos determinantes, la mantengan en su agenda y valoren las consecuencias que pueden tener para la salud de la población.

Los medios a utilizar para hacer efectiva esta línea de acción son muy variados: legislación, medidas fiscales, cambios organizativos, definición de políticas con un claro sentido saludable, generación de políticas desde los niveles locales que recuperen la especificidad de las comunidades, entre otros (Solano, 2002).

2.3.1.2. CREACIÓN Y PROTECCIÓN DE AMBIENTES SALUDABLES

La estrecha unión y dinámica entre la persona y el ambiente en que ésta se desenvuelve hace que salud y ambiente constituyan dimensiones necesariamente vinculadas y cercanas. Las modificaciones en el medio en que se desenvuelven las personas habitualmente, en el trabajo, en su recreación, afectan de forma significativa su situación de salud (Solano, 2002). De ahí que las acciones positivas deben estar

dirigidas a generar ambientes que produzcan gratificación, estímulo, seguridad y sensaciones agradables

La tendencia actual es la de considerar que el ambiente debe visualizarse desde un punto de vista más amplio, que incorpore el físico, el natural y el producto de las relaciones sociales - interpersonales, afectivas.

2.3.1.3. FORTALECIMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y la puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos, por lo que fortalecimiento de organizaciones representativas de la comunidad o de la población que nacen en forma independiente o que se han desligado de las instituciones; fortalecimiento de las redes de organizaciones, que van surgiendo como una necesidad de apoyarse en el desarrollo de sus acciones y de intercambiar experiencias; el impulso y apoyo a organizaciones comunales contraloras de la gestión pública y de las iniciativas privada que tienen injerencia en la salud y el apoyo e impulso de iniciativas variadas tendientes a que no sólo se reconozcan los derechos sino que se ejerzan (Solano, 2002) son aspectos clave para la acción comunitaria.

2.3.1.4. FORTALECIMIENTO DE LAS POTENCIALIDADES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS

Esta línea de acción privilegia la información, la educación sanitaria y la modificación positiva de actitudes indispensables para vivir en forma saludable, de tal manera que se favorezca el desarrollo personal y social.

Personas informadas, con educación sanitaria y en procesos de perfeccionamiento de actitudes para la vida, tienen mayores posibilidades de optar por

aquello que propicie la salud. Constituye un insumo básico para apoyar la generación de relaciones primarias, relaciones sociales y valores.

La información disponible en los diferentes medios o espacios de acción de los seres humanos, les proporciona herramientas para ejercer algún control sobre su propia salud y sobre el ambiente en que se desenvuelve. Para hacer efectivo el enfoque de los derechos en el campo de la salud, es necesario partir de procesos de democratización del conocimiento. Dos medios fundamentales en esta tarea son la educación para la salud y la comunicación social (Solano, 2002).

Una forma de hacer efectiva esta línea de acción es mediante el desarrollo de procesos educativos, en los medios formal y no formal, orientados a: estimular habilidades individuales para la vida cotidiana, la toma de decisiones y la resolución de problemas, favorecer el pensamiento creativo-crítico y una autoestima adecuada, promover valores solidarios y participativos y desarrollar estilos de vida sanos. Todo ello en el marco del contexto social y político del momento, así como en el bagaje cultural de cada localidad donde se promueva.

2.3.1.5. REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para argumentar que el estar sano implica inversión en salud, "No es posible tener resultados positivos en salud a no ser que exista un compromiso de invertir en la salud total del individuo y de la comunidad. Este compromiso debe reflejarse a través de una gama balanceada y comprensible de prestaciones de servicios, que incluya una intervención rápida, mantención de la salud, educación en salud, prevención de enfermedades y protección de la salud" (La Asociación Canadiense de Salud Pública, 1996 citado en Solano, 2002).

Hacer efectiva la reorientación de los servicios de salud implica, entre otros elementos, que: se asignen recursos hacia aquellas actividades generadas en la comunidad que privilegien la promoción y la protección de la salud; se dé la máxima apertura a la participación de la organización comunal existente, especialmente de aquella surgida a partir de sus propias necesidades; se fortalezcan los procesos de descentralización favorecedores de la toma de decisiones a nivel local; y por último,

que los trabajadores de la salud cuenten con una base de conocimientos y actitudes que favorezcan el desarrollo de la promoción de la salud.

Las líneas de acción revisadas anteriormente pueden ser desarrolladas mediante la puesta en práctica de herramientas básicas como: participación social, educación para la salud, mercadotecnia, intersectorialidad y construcción de alianzas. Especialmente si se utilizan en forma interrelacionada.

2.3.2. HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

2.3.2.1. PARTICIPACIÓN SOCIAL

Tanto individualmente como en forma colectiva, mediante participación directa o por representación, la población está llamada a actuar sobre los determinantes de la salud, a producir salud en sus propios términos, derivados de sus condiciones de existencia y su relación con el entorno (Solano, 2002). Idealmente, esta herramienta implica acciones que van desde el intentar arraigar una cultura participativa, centrada en el ejercicio de derechos y deberes ciudadanos hasta enriquecer la participación desde espacios institucionales.

En el nivel institucional se requiere de la apertura de espacios de participación en los procesos de planificación de salud, en las dinámicas de interacción y concertación donde participan diferentes actores sociales (instituciones públicas, privadas, organizaciones no gubernamentales, empresa privada y otros), para la identificación de los problemas de salud, toma de decisiones y puesta en marcha de las estrategias de solución, con el fin de alcanzar y mantener la salud, la población organizada debe constituirse en un actor protagónico, con las condiciones necesarias para garantizar un acceso equilibrado a la toma de decisiones.

2.3.2.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud "es un proceso permanente y reflexivo de cambios favorables en los conocimientos, actitudes y prácticas de individuos, que tiene como finalidad el desarrollo de un nivel óptimo en el estilo de vida y el mantenimiento autogestionario de la salud personal, familiar y comunitaria" (Ministerio de Salud, 1987 citado en Solano, 2002).

Es una herramienta que aporta insumos para el desarrollo de las diferentes líneas de acción de la promoción de la salud, y encuentra su desarrollo en espacios como la educación no formal y la educación formal. Ello implica la utilización de métodos y técnicas novedosas que promuevan al máximo el desarrollo de las potencialidades de las personas y les proporcione herramientas para ejercer derechos y su papel protagónico en la construcción de una sociedad saludable.

Como herramienta, aporta métodos e instrumentos novedosos y efectivos, especialmente en procesos donde se requiere no sólo personas informadas sino con importantes avances en cambios de actitudes y prácticas. Es decir, donde no solamente dispongan de información sino que vivan realmente un proceso de enseñanza-aprendizaje.

2.3.2.3. MERCADOTECNIA SOCIAL

La mercadotecnia social persigue la modificación de conductas utilizando la promoción de ideas y de prácticas sociales. Contribuye a la promoción de la salud mediante la utilización de algunas de sus técnicas, para "concienciar, educar o capacitar y motivar tanto al mercado poblacional, como al intra-organizacional, sea público o privado" (OPS, 1998). Su papel es "muy relevante ya que sus técnicas de investigación de mercado y administración de recursos permiten, por una parte, conocer la percepción de necesidades y la actitud poblacional hacia ellas, y por otra, instrumentar adecuadamente aquellas acciones y programas promocionales, que optimicen la integración del individuo, su comunidad y, finalmente, todos los sectores

de la sociedad, en una búsqueda ordenada y conjunta de mejores condiciones de vida" (OPS, 1998) ligadas a los estilos de vida, como parte de los determinantes de la salud.

2.3.2.4. INTERSECTORIALIDAD

A pesar de los efectos positivos innegables que tiene el trabajo intersectorial coordinado y concertado, en la práctica son muchas las debilidades que muestra, esto no quiere decir que el esfuerzo esté agotado, más bien, cada vez se prestan las condiciones del contexto y las demandas de la sociedad para hacer efectiva esta potente herramienta (Solano, 2002). Un trabajo coordinado, basado en negociación y concertación constante, teniendo como norte el bienestar de la población y aminorando el centralismo en el interés por la propiedad de las parcelas institucionales, es un insumo fundamental para el éxito de la promoción de la salud.

2.3.2.5. CONSTRUCCIÓN DE ALIANZAS

Aliada a la intersectorialidad, como pasos previos a lograrla o como producto de ésta, pero a la vez trascendiéndola hacia otros ámbitos, la cantidad y la calidad de alianzas que se pueden generar para hacer promoción de la salud son innumerables; los diferentes actores sociales (población organizada, líderes comunales, ciudadanos, instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y empresa privada), tienen un espacio ilimitado de acción, en el que se pueden recrear múltiples formas de aliarse en pro de la salud (Solano, 2002).

2.3.2.6. ABOGACÍA

Abogar por la salud consiste en "la acción de defender, respaldar públicamente, argumentar a favor de, procurar el logro de, para generar la voluntad política y el apoyo material hacia la causa pública de la salud" (OPS, 1998). Definitivamente la promoción de la salud requiere de la abogacía para posicionarse en un medio que favorece y privilegia el desarrollo de la medicina asistencial. Esta es una tarea a la que están

llamados quienes están convencidos de la necesidad de fortalecerla y romper con el paradigma de la medicalización de la salud.

Por lo apuntado anteriormente, la promoción de la salud al considerar la integralidad como parte de su discurso y accionar, impulsa a la población hacia la adopción de comportamientos saludables durante las etapas de vida, y a la generación de entornos saludables, concienciando sobre su rol social dentro del proceso de desarrollo local.

La salud en las personas adultas mayores es el resultado del estilo de vida que tuvo la persona en sus años previos: si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos, tendrá problemas en su vejez; de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en salud (Arechabala, 2007).

Las personas adultas mayores son receptivas a las actividades de promoción de la salud, porque quieren tener buena calidad de vida y ser independientes; todas las actividades de promoción dirigidas a ellos son efectivas cuando se detectan tempranamente los problemas, pero no sirven cuando hay problemas de dependencia; en este sentido, la visita domiciliaria es una excelente estrategia (Arechabala, 2007).

Los programas de promoción de salud en las personas adultas mayores tienen múltiples beneficios para ellos: incrementan la actividad física; incrementan el autocuidado y la capacidad de desarrollar sus actividades en forma independiente; aumentan los contactos sociales y previenen uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, especialmente en mujeres, que son las caídas. Finalmente, disminuyen la institucionalización, que es un gran problema en este grupo de la población.

La principales barreras para la promoción de salud son: primero, la estructura del servicio de salud a nivel de atención primaria, donde se exige cumplir coberturas y metas en la población asignada, de modo que la estructura no siempre permite disponer de los tiempos, espacios y actividades necesarias. La otra barrera es el tiempo de los profesionales (Arechabala, 2007).

Por lo tanto, se puede envejecer “bien” mediante la prevención de la enfermedad y la discapacidad y la promoción de la salud, y ello es posible a través del aprendizaje de estilos de vida saludables, por esto, para fomentar el envejecimiento activo, es

necesario que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración (Regato, 2003).

Los programas de promoción de la salud para la población de personas adultas mayores tienen la capacidad potencial de mejorar la salud de este colectivo y disminuir los costes de los cuidados sanitarios, por la complejidad, la novedad y la multifactorialidad del concepto, es obvio que para su logro se necesita el desarrollo de políticas intersectoriales, con acciones concretas en los tres pilares básicos, que son: la salud y la independencia, la productividad de los mayores y la protección social (Regato, 2003).

Es así como las redes de apoyo social representan nuevas formas de organización social, y su presencia contribuye a la articulación de acciones integrales de promoción de salud.

2.4. REDES DE APOYO SOCIAL

El apoyo social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas a la persona adulta mayor por parte de comunidades, redes sociales y personas de confianza, teniendo en cuenta que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis.

Es necesario diferenciar el apoyo social de las relaciones sociales, en razón a que éstas son el mecanismo a través del cual se realiza o no el apoyo, es decir, las relaciones pueden o no estar asociadas con efectos tanto positivos como negativos, en la medida en que no siempre las relaciones sociales, aunque existan, proporcionan o garantizan dicho apoyo (Gómez y Curcio, 2002).

La red social a lo largo del ciclo vital se configura como un proceso permanente de construcción y reconstrucción permanente tanto individual como colectivo (Berger y Luckmann, 2003 y Dabas, 1993), y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las

personas son especialmente significativos y probados (Navarro, Meléndez y Tomas, 2008). Es un sistema abierto que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con miembros de otros grupos sociales, propicia la potenciación de los recursos que poseen.

A lo largo de la vida de un sujeto, la red atraviesa una etapa de expansión durante la niñez y adolescencia, de estabilización en la adultez y de contracción en la vejez (Sluzki, 1996). Sin embargo, a pesar de esta tendencia a la disrupción, encontramos muchas personas adultas mayores que presentan redes amplias que les proporcionan los apoyos necesarios. Esto hace que las personas adultas mayores se conviertan en protagonistas de su propia vida, con capacidad de transformación histórica y ubicadas en su contexto geográfico.

El apoyo social tiene muy arraigada la función cuidadora, pero corre el riesgo de debilitarse e incluso desaparecer si no se le prestan apoyos para seguir realizando de forma adecuada y satisfactoria su función (Monreal y Del Valle, 2010).

En la literatura se distingue entre fuentes de apoyo formales e informales. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas (Sánchez, 1990), es decir están asociadas a lo institucional. El sistema informal está compuesto por las redes personales constituidas por la familia, familiares, vecinos y amigos y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo, sin embargo, estas redes informales se subdividen en primarias y secundarias.

Las redes de apoyo primarias relacionadas con la familia son de vital importancia como parte de la estructura funcional, afectiva y social (Botero y Pico, 2007), estas relaciones sociales constituyen el corazón del funcionamiento social de la persona adulta mayor y se refieren a la red de contactos y relaciones sociales del individuo; además de las centradas en la persona y la familia, existen las redes comunitarias, que brindan solución a demandas sociales específicas y se focalizan en la experiencia colectiva, estas pueden surgir alrededor de una institución, un centro de salud, una iglesia o una escuela (CELADE, 2003), se incluyen en estas redes secundarias los vecinos, los amigos, parientes y grupos comunitarios. Los vecinos no son parte vital

de las redes de apoyo afectivo de la persona adulta mayor, pero generalmente proporcionan ayuda en momentos de crisis o en emergencias, y se asocia a la asistencia más elemental y de primera mano, por otra parte, las relaciones con amigos involucran apoyos de mayor intensidad, cohesión, compañía y provisión de servicios o ayuda en actividades cotidianas (Himes y Erin, 2000), estas se caracterizan por el apoyo afectivo, ayudan a mantener una autoestima positiva y potencian su espiritualidad y sentido de continuidad espiritual, pertenecer y participar en organizaciones formales o los denominados clubes y grupos de personas adultas mayores le permite a esta población la participación social y el establecimiento de relaciones sociales, brindándole un marco de referencia estable para que la persona adulta mayor se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades que le ayuden a reconstruir su vida, posibilitando la creación de un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismos (Gómez y Curcio, 2002), por lo que las organizaciones comunales son determinantes como medio de contención y pilares de apoyo; lo cual sugiere que el mayor trabajo debería estar dirigido a la orientación y el reforzamiento de estos grupos para que puedan resolver localmente las situaciones que se presentan.

Desde la perspectiva del grupo, las redes comunitarias tienen implicaciones diferentes que se perciben de manera colectiva. Parte del debate sobre el empoderamiento puede trasladarse a esta escala grupal y tiene sentido cuando la construcción subjetiva de “haber participado”, “haber logrado”, “haber compartido” asume un significado que sólo puede ser posible a través de la experiencia colectiva (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

Las comunidades, a través de procesos internos de diagnóstico, están en condiciones de determinar y discutir sus principales necesidades. Para ello, si bien lo evidente es importante, también lo es aquello que se percibe, al igual que las cuestiones con significados compartidos (Dabas y Najmanovich, 1995).

Con lo anterior, no se plantea que las redes de apoyo informal asuman las tareas de la atención al margen de la responsabilidad de la sociedad o que se descarguen de ellas para diluirlas en el marco de la sociedad civil o del estado. Se trata de mantener la responsabilidad, pero buscando apoyos y contrapartidas que den a esta función un

carácter profesional y social. El fomento y el apoyo del sector informal, el establecimiento de nuevos equipamientos con el concurso del sector privado, la potenciación de la familia como eje y soporte del grupo de las personas dependientes (Monreal y Del Valle, 2010).

La red de apoyo social puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen. La evaluación y el mapeo de la red de apoyo social constituyen herramientas primordiales para la valoración integral de las personas adultas mayores, esto porque brindan información acerca de los vínculos que la componen, los recursos de ayuda de que dispone la persona, los tipos de relaciones ausentes, los aspectos a fortalecer y los vínculos que requieren ser incluidos o activados. La evaluación de la red permite conocer de antemano sus posibilidades para responder adecuadamente y proporcionar los apoyos suficientes frente a situaciones críticas o a problemáticas, ya sean puntuales o que se extiendan en el tiempo, además aporta información valiosa para la elaboración de un diagnóstico prospectivo y es de gran utilidad para el diseño de alternativas de tratamiento y cuidado adecuadas para cada caso particular (Arias, 2008).

Una particularidad de las redes consiste en que la persona adulta mayor, además de ejercer sus derechos, logre mantener su autonomía e independencia y evite la desvinculación paulatina de la dinámica social en el plano familiar, comunitario y en el ámbito de la sociedad, en general (CONAPAM y UCR, 2008).

Así mismo, los autores anteriores señalan que las personas adultas mayores cumplen papeles en momentos significativos. Son y pueden ser participantes activos en la propuesta, el desarrollo, la organización y la evaluación de las redes sociales. Quienes requieren algún tipo de apoyo, y aun cuando estén recibiendo servicios, deben opinar, disentir y expresar sus sentimientos e ideas. Se sabe que, eventualmente, algunas de estas personas pasarán de un estado de independencia a uno de dependencia, en su condición física, económica, mental u otra. Sin embargo, eso no significa que la dependencia arrastre hacia una dependencia emocional o psicológica. En cuanto a los papeles que cumplen las personas adultas mayores y que han sido documentados, pueden mencionarse diversos escenarios.

- *El hogar*

Se destaca el apoyo cotidiano en actividades domésticas familiares, así como en las labores de cuidadores de nietos y bisnietos. Sin embargo, éstas deben ser funciones voluntarias, sin que se conviertan en una obligación más allá de sus propias capacidades o recursos.

- *El ámbito comunitario y de los grupos constituidos, tanto formales como informales*

Tal es el caso de asociaciones o redes vecinales, o de amistades, que cumplen papeles de apoyo y asistencia a otras personas o instituciones. Reviste gran valor la promoción de estilos de vida saludables y la participación en grupos de iguales e intergeneracionales.

- *Áreas de desarrollo personal que promueven la calidad de vida*

Se apoya en actividades que fomenten la expresión del afecto y las relaciones humanas, el uso creativo del tiempo libre y el ocio, la recreación, la salud, la asistencia a personas o grupos necesitados y el fomento de los valores espirituales y religiosos. En el área de la promoción de la calidad de vida, todas las actividades en que se vinculen favorecen la autoestima y la participación social activa, de acuerdo con sus posibilidades.

- *Áreas de desarrollo personal-social que promueven el fomento de actividades económicas y laborales*

Por lo general, a causa de la disminución de los recursos económicos de las personas adultas mayores, esta área reviste mucho valor, pues las necesidades de subsistencia, personal y familiar, deben resolverse adecuadamente. La respuesta a estas necesidades se puede atender y solventar tanto mediante las formales como las informales, que mitiguen, sobre todo, las necesidades extremas. La experiencia laboral, la incursión en nuevas áreas ocupacionales o laborales, generan grandes oportunidades para la población de personas adultas mayores.

Cuando se habla de redes sociales está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la configuración de las redes. No obstante, “hay que tener presente que la importancia de las redes de relaciones varía en el tiempo y

en el espacio; en coyunturas específicas pueden ser muy importantes, pero en otras son menos relevantes” (Oliveira y Salles, 1989).

Al respecto algunos autores señalan la existencia de una tipología de las redes de apoyo social, entre los criterios para clasificarlas figuran los tipos de intercambio y las interconexiones entre los miembros (Lomnitz, 1994). De acuerdo con el primer criterio de intercambio, existen tres tipos de redes.

- *Redes basadas en la reciprocidad*, en las cuales se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera.
- *Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios*, que se centran primero en un individuo o institución para luego distribuirse en la comunidad o sociedad.
- *Redes basadas en el mercado*, en las que los bienes y servicios se intercambian sobre la base de la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en ningún sistema social se excluye alguno de los tipos de intercambio, sino que más bien coexisten unos con otros.

En términos de las interconexiones entre los miembros, se subraya el hecho de que el concepto de red supone interconexiones con otros miembros del entorno, sin que esto necesariamente implique una estructura de red fuera del sujeto de referencia. Según el grado de interconexión pueden identificarse al menos dos tipos de redes que, en la práctica, suelen ser complementarios.

- *Redes basadas en contactos personales*, semejantes a lo que en lenguaje informático se llama redes con topología de estrella, en las que cada persona se relaciona con individuos separados dentro de la constelación de posibilidades. Esta red también es conocida como red egocéntrica, debido a que se basa en las relaciones personales de cada individuo, favoreciendo las relaciones diádicas.

- *Redes basadas en contactos grupales*, en las que la persona se relaciona con miembros de grupos estructurados en torno de agrupaciones y organizaciones de las cuales forma parte. Este tipo de red favorece las relaciones polidiádicas y se basa en el intercambio entre todos los participantes de la red; se asemeja a las redes de intercambio recíproco, que en sí constituyen pequeñas estructuras colectivas. Pueden ser “democráticas”, en las que todos “valen” lo mismo o pueden ser redes en mayor o menor grado dirigidas por una o más personas.

De la investigación sobre las redes sociales se desprenden categorías útiles para entender la complejidad de los sistemas de apoyo a las personas mayores (Arias, 2002), las cuales incluyen:

- *Tamaño de la red*

El tamaño de la red de apoyo no es constante en todas las etapas de la vida. Entre los factores que intervienen en la determinación del tamaño de la red de apoyo en la vejez figuran el efecto de la mortalidad en la generación de contemporáneos, los cambios de domicilio, la pérdida de la pareja y la jubilación.

No obstante, no hay consenso respecto del tamaño óptimo de la red en el caso de las personas adultas mayores, o si hay que centrarse en su calidad más que en su extensión. El punto clave en este último sentido -calidad frente a cantidad- es cómo lograr que el individuo desarrolle una interacción de mejor calidad en esta etapa de la vida, para reinsertarse en redes o tejer otras nuevas.

- *Distribución de la red*

En cuanto a la distribución de la red, se encuentran situaciones muy diversas. Como puede deducirse, en la práctica “el apoyo familiar continúa siendo la forma de estrategia de sobrevivencia más utilizada por la mayoría de las personas mayores en el mundo, ya sea en el contexto de familias extendidas o en la co-residencia padres con hijos adultos, pero los cambios económicos y demográficos han tenido un efecto profundo en las estructuras familiares” (HAI, 2002). Ello lleva a reflexionar sobre la tradicional disyuntiva en materia de apoyo social: familia frente a amigos.

Otros estudios se han detectado igualmente diferencias de género en cuanto a la importancia otorgada a las amistades: “los hombres mayoritariamente dan importancia a las relaciones familiares que a las de sus amigos, mientras que la mitad de las mujeres dan a ambas similar importancia, ... las explicaciones dadas versan sobre el hecho que las mujeres tienen más tiempo para compartir y conversar con las amistades; que la amistad entre los hombres es superficial, ... en cambio las existentes entre las mujeres son permanentes y cotidianas; que la mujer, al relacionarse con sus familiares debe mostrarse fuerte y ser la que atiende a los otros, en cambio con sus amigas puede actuar en forma relajada y esto es lo que se valora” (Barros, 1994).

- *Densidad de la red*

Las redes de apoyo social de las personas mayores “revelan una alta densidad... en general todos los integrantes de las red se conocen, interactúan y se frecuentan intensamente, esto da a la misma una gran posibilidad de activación, auto-organización y puesta en marcha de los recursos en momentos en los que la persona en cuestión requiera de su ayuda” (Arias, 2001), no obstante, otros autores señalan lo contrario, argumentando que la densidad de la red no está necesariamente asociada a un mayor apoyo o a una mejor salud (Hall y Wellman, 1985).

Asimismo, la densidad de la red de la persona mayor está relacionada con la percepción del apoyo recibido: las redes de alta densidad producen niveles más elevados de apoyo percibido, pero las redes de baja densidad conducen a una mejor adaptación a los sistemas de la vida.

Por otra parte, para el análisis de las redes de apoyo social, se enmarcan tres tópicos centrales (Arias, 2002) que se describen enseguida:

El primero se refiere a la *disponibilidad de apoyo*, en donde se pondera el hecho de que la persona adulta mayor pueda contar no sólo con el apoyo de los miembros de su familia (inmediata o extensa), sino con otras personas que no sean sus parientes, y que puedan incluir amigos o vecinos. La evidencia empírica muestra que las personas adultas mayores que diversifican sus relaciones (con familia y amigos) mantienen un nivel de bienestar mayor en relación con los adultos que sólo mantienen uno de los dos tipos de vínculos.

El segundo tema acentuado tiene que ver con la *reciprocidad* de las relaciones. Se señala que los intercambios asimétricos de apoyo social dentro de las personas adultas mayores generan sentimientos de soledad e insatisfacción, de modo que el mejor intercambio para la persona adulta mayor parece ser aquel en donde da y recibe apoyo.

El tercer elemento que se destaca es acerca de los *distintos tipos de apoyo*. En particular se han descrito cuatro de estos tipos (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003): *apoyo material*, que implica un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios como otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.); *apoyo instrumental*, que puede ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado, etc.; *apoyos emocionales*, que se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc., estos pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, ser escuchado, transmisión física de afectos, etc., por último, el *apoyo cognitivo*, el cual se refiere al intercambio de experiencias e información (significado), así como dar o recibir consejos que permitan entender una situación.

2.4.1. REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la importancia de las redes de apoyo para la calidad de vida de las personas adultas mayores, no solamente por el mejoramiento de las condiciones objetivas mediante la provisión de apoyos materiales e instrumentales, sino también por el impacto significativo del apoyo que brindan en el ámbito emocional (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

En los últimos años, en especial en los países desarrollados, se han incrementado las investigaciones sobre el apoyo social que reciben las personas mayores (Antonucci y Akiyama, 1987). El interés en el tema toma fuerza en el debate que suscita la insuficiencia de los recursos públicos para satisfacer las demandas de

un grupo social en constante aumento demográfico como lo es la población de personas adultas mayores.

El apoyo social entendido como “la ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social” (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992) cumple un papel sumamente importante puesto que ayuda a “proveer sentido a la vida”, aporta “retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud”, propicia una serie de “actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida” (Sluzki, 1996) y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud. “El apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, de que, a partir de su inserción en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones” (Lacruz y Gómez, 1993).

En lo referido a la participación e integración comunitaria también se ha podido comprobar que, en la medida en que estas aumentan, se elevan los niveles de satisfacción vital de las personas adultas mayores concurrentes a sistemas de apoyo social formales e informales (Golpe y Arias, 2005). En este sentido, distintos organismos internacionales han remarcado la importancia que reviste el hecho de que las personas adultas mayores mantengan una participación comunitaria activa y se encuentren integrados socialmente.

El trabajo desde el apoyo social además de apuntar a la resolución de problemáticas concretas produce un beneficio adicional que se refleja en la autoconfianza, en la propia competencia, en la colaboración, la solidaridad y la pertenencia. Desde los gobiernos se están implementando diversas políticas como subsidios para vivienda, viviendas con comodidades especiales, ayudas a domicilio, empleo remunerado post-jubilatorio, trabajos voluntarios, Universidad para la tercera edad, descuentos en el pago de servicios, cursos pre-jubilatorios, organización de actividades culturales, centros de día y clubes (Miranda, 2005), unidades de apoyo en el vecindario, viviendas protegidas, ayudas en domicilio, grupos de apoyo, programas orientados a la promoción, educación y formación de apoyos informales, proyectos intergeneracionales, programas de rehabilitación psicosocial, campañas de educación pública, ayudas técnicas, entre otros (Arias, 2009).

2.4.2. RED DE CUIDO DEL CANTÓN DE PARRITA

En cuanto al referente contextual, el Cantón de Parrita es uno de los 15 cantones más pobres del país, cuenta con una población total de 16.115 habitantes, de los cuales 8579 habitantes residen en población urbana y 7536 habitantes en población rural, en cuanto a la densidad de la población es de 36.6 habitantes por kilómetro cuadrado y está compuesto por 52 localidades (INEC, 2011).

En cuanto a algunos índices importantes a tomar en cuenta para la comprensión de la contextualización del Cantón de Parrita, se tienen los siguientes (PNUD, 2011):

- Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc): 44
- Índice de pobreza humana cantonal (IPHc): 51
- Índice de seguridad ciudadana cantonal (ISCc): 73
- Índice de desarrollo social (IDS): 25.1
- Esperanza de vida al nacer (EVN): 77.3 (72- 0,786)
- Tasa de alfabetismo (T.Alfab): 89,3%

Así mismo, la población adulta mayor del Cantón de Parrita, abarca 991 personas adultas mayores, es decir, el 6,1% de la población total del Cantón, de estos el 53,3% pertenece a la población masculina y el 46,7% a la población femenina (INEC, 2011).

Una de las particularidades de esta población es que el 52,6% de la misma se concentra en la zona rural y el 51% se encuentra en 10 localidades (INEC, 2011) de las 52 que pertenecen al Cantón, por lo que estas 10 localidades constituirían un foco de atención para ser tomado en cuenta en la presente investigación.

Por otra parte, se tiene que el 17% de las personas adultas mayores viven solas, el 32% de esta población es analfabeta, un 40% tiene alguna discapacidad, el 12% aún trabaja y el 17% cuenta con pensión del régimen no contributivo (Área de Salud Parrita, 2010).

Con la claridad de estos datos, es que a nivel local durante el periodo 2010-2014, se pone especial énfasis en proponer la Red Progresiva de Cuido para Personas Adultas Mayores, como un mecanismo para atender las demandas que generan una

mayor presión en la prestación de servicios de salud y pensiones, cuyas consecuencias producirán inevitablemente efectos negativos en el área política, económica, social y del sistema sanitario.

En este sentido, la Red Progresiva de Cuido en el Cantón de Parrita, inicia formalmente en el año 2011, con la iniciativa de la Comisión Cantonal Interinstitucional de construcción del hogar y el centro diurno para las personas adultas mayores del cantón.

En esta tarea el Ministerio de Salud en calidad de ente rector recomienda hacer una propuesta más integral basada en el enfoque de Atención Primaria en Salud, que permita ampliar la cobertura de las personas adultas mayores, proponiendo establecer una alianza estratégica con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, para que estudiantes de cuarto año del Bachillerato en Promoción de la Salud realicen su proyecto comunitario en este cantón, con lo que además se fortalece la coordinación interinstitucional para la aplicación de los enfoques que se proponen en la Red.

Producto de ese proceso, la Red construye el “Plan de acción para la atención integral de las personas adultas mayores de Parrita”, el cual aboca sus esfuerzos en proporcionar beneficios a las personas adultas mayores, estos en su mayoría han sido electrodomésticos, ayudas técnicas materiales para la persona adulta mayor y han consistido en: 71 personas beneficiadas directas, 151 beneficios entregados, 57 beneficios alimenticios, 21 ayudas técnicas entregadas, 123 beneficios pendientes por entregar y 13 subsidios y mejoras habitaciones pendientes (Área Rectora de Parrita, MINSAL, 2012).

Aunado a lo anterior, la Red de Cuido de Parrita, ha realizado diversas reuniones para dar a conocer sus avances y con esto fortalecer red y los apoyos a la administración, así como ha entablado alianzas estratégicas con actores clave para mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores, por último ha realizado informes entre los que se mencionan: la Encuesta Red de Atención y Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica para la Defensoría de los Habitantes y el Informe de acciones y buenas prácticas a favor de las Personas Adultas Mayores de Parrita para el Ministerio de Salud a nivel central y la CEPAL.

CAPÍTULO III: REFERENTE METODOLÓGICO

Este apartado, explica el posicionamiento de la investigadora y del investigador para abordar el estudio titulado “Estrategia de Promoción de la Salud para el fomento del Envejecimiento Activo en las Personas Adultas Mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita, 2013-2014”. Enmarcando el estudio dentro del paradigma naturalista, y por ello, el enfoque que se asume es el cualitativo, siendo considerado el método el fenomenológico, ya que se busca comprender el fenómeno en una realidad concreta, sin embargo este se ve apoyado y enriquecido en la etapa estructural, con algunos aportes de la hermenéutica para el análisis de los datos.

A continuación se describe en detalle la postura metodológica asumida por los autores de la presente investigación.

3.1. PARADIGMA, ENFOQUE Y MÉTODO

3.1.1. PARADIGMA

Las razones que median la escogencia de este paradigma, radican en el hecho de que es por medio del paradigma naturalista, que se busca centrar el estudio de los significados, las acciones humanas y la vida social de las personas participantes. Por lo tanto, su objetivo principal versa sobre la comprensión de los significados de los individuos implicados; estudiando sus creencias, intenciones, motivaciones y otras características del proceso de envejecimiento no observables directamente, ni susceptibles de experimentación y que están detrás de las acciones humanas (Popkewitz, 2008).

De ahí, que sea mediante esta visión paradigmática, que se expliquen los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas, examinando el modo en que se experimenta el mundo, siendo la realidad que interesa, aquella que

perciben como importante las propias personas (Herran, Hashimoto y Machado, 2005).

Lo anterior, se logra a través de la descripción e interpretación sensible, y de manera exacta de la vida social y cultural de quienes participan (Taylor y Bogdan, 2002).

Con ello se persigue la reproducción de conocimiento mediante la participación activa, plena y responsable de las personas involucradas incluyendo al equipo de investigación, tal y como cita Brugger (2005), al asentar que es bajo este paradigma que los individuos son conceptuados como agentes activos en la construcción y determinación de las realidades en las que se encuentran; dicha proposición se apoya a su vez en la propuesta de Davis (2002), que evidencia la existencia de una interrelación entre el sujeto-objeto de estudio dependiente de la credibilidad y la fiabilidad, por lo que se utilizan procedimientos como la participación prolongada, la observación continua y la triangulación de información y métodos.

Dicha visión paradigmática, permite explicar los fenómenos a partir de la interpretación subjetiva de las personas y la forma en que estos experimentan el mundo, dejando como aporte la realidad percibida del entorno. De ahí que el paradigma naturalista se fundamente en los principios de existencia de una realidad múltiple, entendida como un constructo propio de la existencia y la realidad humana.

De allí que, el proceso de investigación empleado corresponde al proceso inductivo, es decir, que no se utilizan categorías preestablecidas, en el entendido que es a partir del proceso que se desarrollan conceptos y se establecen las bases teóricas a partir de la información recogida; esto con base en que la investigación se desenvuelve en un contexto natural, sin someter a las personas adultas mayores a distorsiones ni controles experimentales, sino que se trata de comprender la realidad de estas dentro de su contexto, el Cantón de Parrita.

De este modo, Cohen, Manion y Morrison (1990), señalan que los sucesos y los individuos son únicos y no generalizables, razón por la cual el mundo social es estudiado en su estado natural, sin intervención o manipulación alguna.

El asumir el paradigma naturalista conlleva a la autora y al autor de esta investigación a poner énfasis en el significado, entendido como la interpretación que las personas participantes hacen de su vida y su entorno.

La fundamentación metodológica del paradigma, no genera deducciones generales o únicas, sin embargo sirve a la descripción y explicación de una realidad concreta desde la perspectiva y participación activa de las personas involucradas, de ahí que dicho paradigma no se centre sobre la validez y la fiabilidad, más si en la credibilidad, al reflejar en los resultados tanto lo sucedido como lo percibido.

Para ello, Martínez (2012), señala que el paradigma naturalista posee un fundamento decididamente humanista para entender la realidad social; en la cual se percibe la vida social como la creatividad compartida de personas como individuos.

El hecho de que sea compartida determina una realidad percibida como objetiva, viva y cognoscible para todas las personas participantes en la interacción social. Además, el mundo social no es fijo ni estático sino cambiante, mudable, dinámico; en el que no se concibe el mundo como fuerza exterior, objetivamente identificable e independiente del ser humano, ya que por el contrario existen múltiples realidades.

3.1.2. ENFOQUE

El equipo de investigación asume dentro del paradigma naturalista el enfoque cualitativo, porque este permite abordar el entorno social desde la perspectiva de los participantes, así como las circunstancias que median la interacción de estos, a lo que Barrantes (2003) señala que el sujeto-objeto interactúa para construir conocimiento, enfoque que es enriquecido por Martínez (2003) al evidenciar que el estudio cualitativo enfatiza la comprensión e interpretación de los sujetos y su proceso de significación en contextos concretos.

En este sentido, el enfoque cualitativo no intenta, por tanto, medir la extensión de los fenómenos, sino que busca describir qué existe, cómo varía en las diferentes

circunstancias y cuáles son las causas subyacentes, enfocado así a la descripción de cómo las personas dan sentido a su entorno social y en qué manera lo interpretan; por lo tanto el foco de la investigación, se centra en la búsqueda de explicaciones subyacentes, percepciones, sentimientos y opiniones de las personas sujetas del estudio. Con base a ello, la y el investigador en el enfoque cualitativo conocen la realidad del objeto de la investigación desde el punto de vista de las propias personas involucradas en el estudio, conociendo a las personas en su contexto -llegando a saber lo que sienten para poder comprender cómo ven las cosas- (Sandín, 2003).

Bajo este enfoque, y en concordancia con lo anterior, Valles (2007) indica que en la orientación cualitativa todas las perspectivas son valiosas, ya que no se busca "la verdad", sino una comprensión detallada de las perspectivas de las personas que participan en el estudio, y para ello los investigadores, apartan sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, desarrollando conceptos y comprensiones a partir de los datos que se obtienen en la investigación, de ahí que el estudio comienza con interrogantes sólo vagamente formuladas, lo cual es reflejo de que en la metodología cualitativa no se precisa de guiones de preguntas o unidades de sentido prefijadas, porque lo que interesa no es buscarlas, sino encontrarlas.

Es debido a esto, este tipo de metodología se presenta como idónea, ya que la misma se utiliza para abordar los problemas que han sido poco estudiados o sobre los que se tienen pocos conocimientos, como la relación que existe entre el proceso de transición demográfica, el envejecimiento activo y las redes de apoyo social, desde la óptica de la estrategia de promoción de la salud que aborda el estudio. A partir de ello, se destaca la intencionalidad de esta propuesta de investigación cualitativa, al producir datos descriptivos desde las palabras habladas o escritas y la conducta observable de los participantes (Taylor y Bodgan, 2002).

Más claramente, González (2000) apunta dos formas de comprender la investigación cualitativa, la primera de ellas, desde el abordaje metódico, debido al uso y aplicación de herramientas que no requieren de la matemática o la estadística

para generar inducciones; y la segunda desde el abordaje epistemológico al enfocarse en el proceso fenomenológico, inductivo, estructuralista y subjetivo.

Para ello, y según Sandoval (2002), es mediante el enfoque cualitativo que se producen datos descriptivos, haciendo uso de las propias palabras de las personas orales o escritas, y la conducta observable, el cual se realiza a través de un intenso contacto con la situación cotidiana, donde el papel de las personas investigadoras es alcanzar una visión holística, sistémica, amplia e integrada del contexto objeto de estudio, pues se trata de capturar los datos sobre las percepciones de las personas involucradas desde dentro, a través de un proceso de atención y comprensión empática y de suspensión o ruptura de las preconcepciones sobre los tópicos objeto de discusión.

Lo anterior, resalta la importancia que prima la escogencia de este enfoque frente a otros, ya que la disciplina académica y práctica de promoción de la salud centra su atención en la comprensión de los fenómenos del proceso de salud-enfermedad desde la óptica integral e integrada de las experiencias/vivencias de quienes las viven en un contexto determinado, con el fin de emplear la comprensión y estructuración de una situación o necesidad determinada, en el diseño de estrategias que sean desarrolladas e implementadas por las propias personas involucradas, haciendo uso de los pilares de educación para la salud, participación social y empoderamiento comunitario.

Desde la perspectiva de este abordaje, es también se resalta la elección de este enfoque para el estudio del proceso de transición demográfica o envejecimiento poblacional, ya que a nivel internacional y nacional, se han dedicado esfuerzos por cuantificar la magnitud de este fenómeno desde abordajes cuantitativos, siendo el enfoque cualitativo una nueva área de estudio en investigaciones relacionadas con el nexo de este proceso de crecimiento acelerado de población y el envejecimiento activo como marco político y de acción desde la estructura de las redes de apoyo social.

3.1.3. MÉTODO

Es así que bajo este enfoque, se identifica como idóneo para el abordaje de esta investigación el método de la fenomenología, ya que busca estudiar los fenómenos tal y como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre, intentando entender de forma inmediata la relación del mundo y el hombre, viendo las cosas desde el punto de vista de otras personas, absteniéndose de “formular juicios de cualquier clase que conciernan a la realidad objetiva y que rebasen los límites de la experiencia “pura”, percibiendo a la propia persona sujeta del conocimiento no como un ser real, sino como una conciencia pura y trascendental” (Martínez, 2009).

Con base a ello, Palacios y Corral (2010), lo describen como un método descriptivo, reflexivo y de exigente rigor científico, en el cual sus enunciados son válidos en un tiempo y en un espacio específico.

Además, se reconoce su uso porque este método no parte del diseño de una teoría, sino del mundo conocido, del cual se hace un análisis descriptivo con base a las experiencias intersubjetivas compartidas y un mundo conocido, de los que se obtienen las señales e indicaciones para interpretar los procesos y estructuras sociales. Por ello, el énfasis no se encuentra en el sistema social en sí mismo, ni en las interrelaciones funcionales, sino en la interpretación de los significados del mundo y las acciones de los sujetos, induciendo a los investigadores a emplear métodos cualitativos de investigación, eliminando los elementos casuales, a través de la reducción e interpretación del cumulo de conocimientos que posee la gente.

En este sentido Hidalgo (2001), citando a Berger y Luckmann (1972), indica que la fenomenología busca demostrar cómo el ser humano, al crear reglas y normas, se recrea a sí mismo. Por ello, aplica este supuesto al proceso del envejecimiento enfocado a la determinación de: Cómo las personas construyen sus acciones cotidianas, con una versión del mundo y el envejecimiento propios. De ahí, que los fenomenologistas deban poner entre paréntesis su propia concepción de la realidad social, para ponerle atención a: Cómo las personas construyen socialmente la realidad.

Por ende, el método fenomenológico, consiste en: examinar todos los contenidos de la conciencia; determinando si tales contenidos son reales, ideales o imaginarios, suspendiendo la conciencia fenomenológica, de tal manera que resulte posible ajustarse a lo dado y describirlo en su pureza (Gurdián, 2007).

Con base a ello, se identifica las cuatro etapas en la investigación que utiliza el método fenomenológico correspondientes a: la etapa previa, la etapa descriptiva, la etapa estructural y la etapa cooperativa y dialógica.

De este modo, se destaca el uso de la hermenéutica, en la etapa estructural, ya que este es un método general de comprensión e interpretación, para conocer de modo natural a los seres humanos, teniendo la misión de descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos y los gestos, así como cualquier acto u obra, conservando su singularidad en el contexto del que forma parte.

Para lo que, bajo el método hermenéutico la investigadora y el investigador actúan como facilitadores-técnicos del grupo de investigación, y su función adquiere un carácter instrumental, al abolir la separación sujeto/objeto, así el grupo (participantes e investigadores) asumen colectiva y solidariamente la ejecución de la investigación "Las y los sujetos se auto-investigan", ni ellas ni ellos son el objeto de conocimiento, sino las situaciones, los fenómenos, los acontecimientos, las relaciones sociales y la estructura material y simbólica del medio o de la institución (Gurdián, 2007).

De lo anterior, se desprende la integración de ambos métodos en la "Fenomenología Hermenéutica", que estudia las vivencias de la gente, y la forma en que experimentan su mundo, qué es lo significativo para ellos y cómo comprender y profundizar el problema de la representación del mundo, articulando la hermenéutica al contexto de la temporalidad y la historicidad de la existencia humana (Palacios y Corral, 2010).

Es por ello, que el uso de este método beneficia el estudio del envejecimiento activo de las personas adultas mayores del Cantón de Parrita, en una estructura social: la Red de Cuido, entendida como la operativización de una red de apoyo social activa, enfocada en mejorar el bienestar y calidad de vida de estas, siendo un

espacio competente para el diseño de la promoción de la salud como estrategia que sirva a los mismos fines y propósitos.

3.2. FUENTES Y SUJETOS DE INFORMACIÓN

3.2.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información del estudio corresponden a los componentes fundamentales que producen datos en toda investigación, ya sean personas u objetos, su escogencia parte del problema a resolver, los objetivos y las categorías a estudiar.

En esta investigación se hace uso de fuentes materiales (tesis, libros de texto, reportes de investigación), obras de consulta y referencia (diccionarios, enciclopedias, manuales), publicaciones periódicas (revistas, boletines, periódicos), documentos gubernamentales (leyes, reglamentos, decretos), publicaciones electrónicas (mediante el uso de internet), así como la creación de una bitácora de campo.

Además se emplea el uso de la grabadora de voz-video y cámara fotográfica con la finalidad de recoger información fidedigna y objetiva de las informaciones.

3.2.2. SUJETOS DE INFORMACIÓN

El objeto de estudio de esta investigación son las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita.

Para ello, se establecen ciertos criterios que concretizan en mayor medida lo qué se entiende por persona adulta mayor perteneciente a la Red de Cuido del

Cantón de Parrita, o lo que es lo mismo, quiénes forman parte de la muestra y quiénes no. Los criterios son los siguientes:

- Siendo consientes con la Ley N°7935, en la que se establece que: *Toda aquella persona que tenga una edad comprendida entre los 65 y más años es catalogada como persona adulta mayor*, se establece considerar como persona adulta mayor aquellas que estén entre el rango de edad de los 60 y más años.
- *Pertenencia a Red de Cuido del Cantón de Parrita*: Ser personas adultas mayores activas en los registros de atención de la red, privando el carácter de temporalidad -si es reciente o antiguo-, resaltando que dicha red atiende a un total 991 Personas Adultas Mayores, -6,1% de la población total del Cantón-, siendo el 53,3% (528 personas) hombres y 46,7% (463 personas) mujeres (Área Rectora de Parrita, MINSA, 2012).
- *Lugar de residencia*: Ser personas adultas mayores que residan en la zona de mayor atracción de la red, evidenciando que el 51% de la población adulta mayor, se concentra en 10 localidades, por lo que se identificaron las 5 localidades con mayor concentración, correspondientes a: Pueblo Nuevo (9,7%), La Loma (6,6%), Sitradique (5,9%), La Julieta (5,9%) y El INVU (5,5%) (Área Rectora de Parrita, MINSA, 2012). Producto de estos datos se eligió como base del estudio a la comunidad de Pueblo Nuevo por poseer la mayor concentración de personas adultas mayores del Cantón.

Por otro lado, el número de personas participantes es de 32 personas adultas mayores, quienes se seleccionan siguiendo los criterios de igualdad de sexo, que cumplan con el rango de edad, la pertenencia a la red, y lugar de residencia anteriormente citados, a fin de aplicar las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

También se requiere la aceptación y deseo de participar en el proceso de esta investigación, mediante la firma del formulario de consentimiento informado. En el

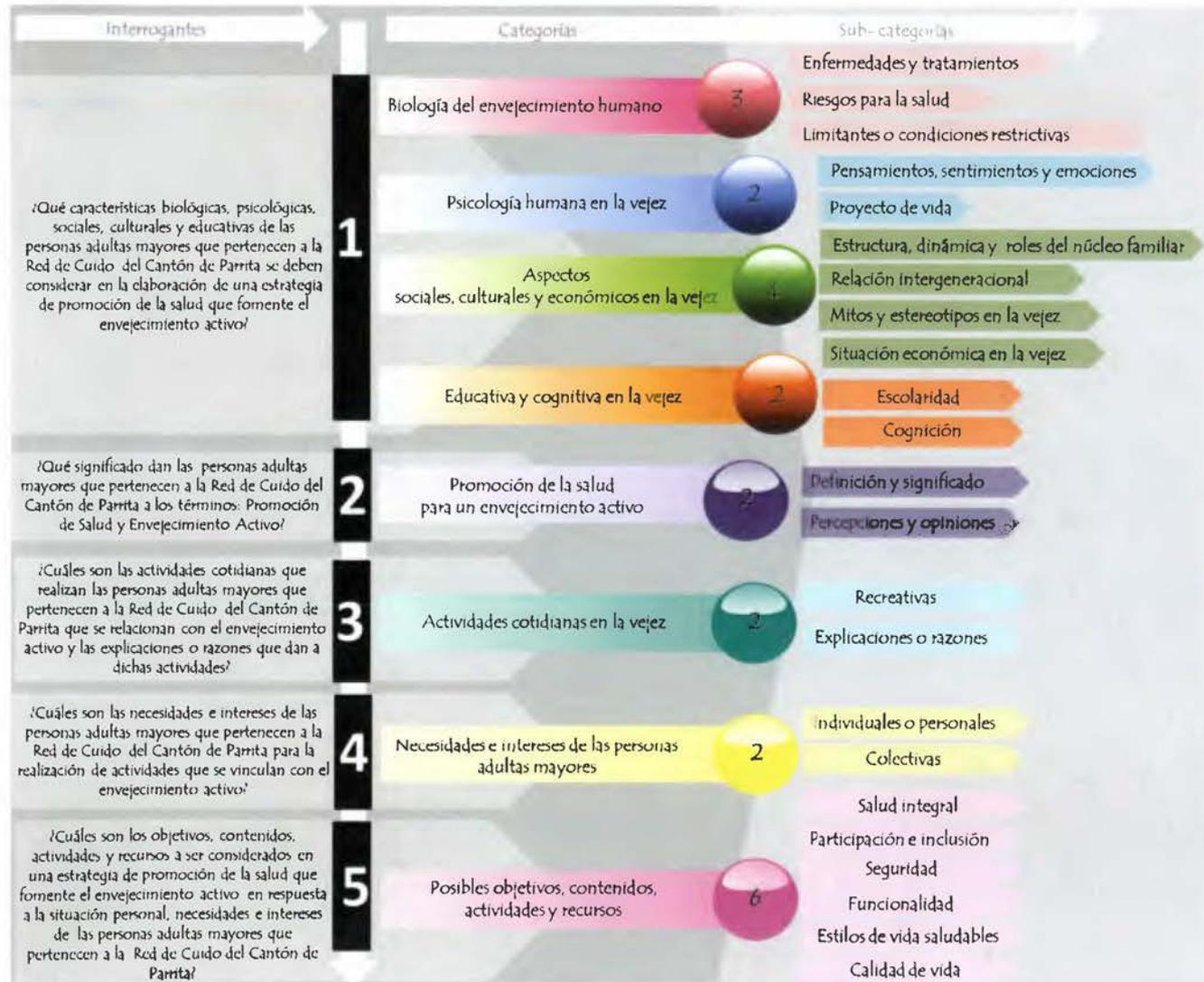
apartado de descripción de las técnicas utilizadas se desglosa la distribución de participantes de acuerdo a cada una de estas.

3.3. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS O CONSTRUCTOS DE ESTUDIO

Dadas las características de esta investigación (paradigma, enfoque y método), así como el planteamiento del problema y los objetivos, se establecen las categorías de análisis o constructos del estudio.

A continuación se presenta la figura N°1 correspondiente a las categorías de análisis o constructos de estudio.

FIGURA N°1: CATEGORÍAS DE ANÁLISIS O CONSTRUCTOS DE ESTUDIO.



3.4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación emplea el método fenomenológico-hermenéutico, por lo que se contempla el uso de técnicas e instrumentos que permiten un acercamiento con las personas participantes, por lo que se hace uso de instrumentos y de técnicas correspondientes a: Ficha de identificación/registro, formulario de consentimiento informado, guía del cuaderno de campo, guía de preguntas generadoras para la entrevista a profundidad y guía de preguntas generadoras para el grupo focal, las cuales responden a las técnicas de observación participante, entrevista a profundidad y grupo focal, estos se describen a continuación:

3.4.1. INSTRUMENTOS

En los estudios cualitativos la recolección y registro de información consta de la descripción detallada de las situaciones, eventos, personas, comportamientos observables, expresiones, experiencias, actitudes, creencias y pensamientos (Pérez, 2006), de ahí que se haga uso de los medios audio-visuales (grabadoras de audio y video) para recabar dicha información importante sobre las necesidades tanto reales como percibidas y potenciales.

De acuerdo con la naturaleza de esta investigación, se utiliza como instrumento de recogida de información la guía del cuaderno de campo, la guía de preguntas generadoras para la entrevista a profundidad y la guía de preguntas generadoras para el grupo focal.

3.4.1.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN/REGISTRO

Este instrumento es construido por la autora y el autor de este trabajo, con la finalidad de recopilar los datos sociodemográficos de los participantes en el estudio como: su identificación dentro del estudio (nombre, cedula o inicial), sexo, edad, estado

civil, escolaridad y localidad de residencia, también contempla el consentimiento informado para participar en el estudio (verificación de la firma) y una columna para observaciones varias (Ver anexo N°1).

3.4.1.2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El formulario corresponde a la formula aprobada por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica mediante el oficio N°149, fechado el 4 de junio de 2008 (Ver anexo N°2), y el mismo consta de las siguientes partes:

- Título de la investigación, autores y propósito del proyecto.
- Que se hace, riesgos y beneficios para los participantes.
- Carácter de la participación: derechos y deberes de los investigadores y los participantes.
- Firmas del consentimiento: participante, testigo e investigadores.

3.4.1.3. GUÍA DE CRITERIOS PARA EL CUADERNO DE CAMPO

Esta guía es diseñada por la investigadora y el investigador de este estudio, y tiene como objetivo registrar sistemáticamente los datos observables y percibidos de la realidad social, así mismo sirve de evidencia del proceso de investigación.

Para ello se utiliza un cuaderno de notas en el que se escribe o dibuja las observaciones, y se establece una guía con los datos mínimos a consignar durante el proceso de investigación (Ver anexo N°3).

3.4.1.4. GUÍA DE PREGUNTAS GENERADORAS PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Esta guía representa un instrumento necesario para recabar información de las personas implicadas en el estudio respectivo de las cinco categorías de análisis, y la

misma consta de 4 apartados, 30 preguntas generadoras y 3 actividades de evaluación cognitiva (Ver anexo N°4).

3.4.1.5. GUÍA DE PREGUNTAS GENERADORAS PARA EL GRUPO FOCAL

Este instrumento al igual que el anterior, contempla el uso de preguntas generadoras, relacionadas con las cinco categorías de análisis mencionadas, con la finalidad de enriquecer y profundizar la información obtenida en las entrevistas a profundidad, para ello se utiliza la interacción discursiva y la comparación o contraste de las opiniones de los miembros del grupo, integrando en un todo coherente y lógico los aportes de diferentes personas, dimensiones, abordajes y enfoques, en otras palabras, de diversos puntos de vista. Esta guía incluye, la "Ficha de registro y guía general del grupo focal" (Ver anexo N°5), así como la "Guía de preguntas generadoras del grupo focal", la cual integra además frases descriptivas e imágenes (Ver anexo N°6).

3.4.2. TÉCNICAS

Este apartado describe las técnicas que se utilizan para aplicar los instrumentos seleccionados: la observación participante, la entrevista a profundidad y el grupo focal.

En relación con las características de esta investigación (paradigma, enfoque, método), las técnicas seleccionadas se eligen por su capacidad para generar datos descriptivos. Además porque estas técnicas muestran en forma más directa la naturaleza de la investigación entre el equipo de investigación y las personas participantes, que se caracteriza por relacionarse en un ambiente de confianza, cooperación y empatía mutua, permitiendo visualizar el fenómeno de estudio bajo la óptica de ambas partes.

Así mismo, se destaca que las técnicas seleccionadas, tanto por su aplicación metodológica como por los resultados producto de su aplicación, resultan ser más

sensitivas y adaptables a las influencias de las diversas características de los fenómenos sociales.

3.4.2.1. TÉCNICA PARA LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN/REGISTRO

La ficha de registro representa una técnica de control escrita, cuyos datos son suministrados por los participantes del proceso de investigación, el mismo se formaliza antes de iniciar con la aplicación de los otros instrumentos.

Así mismo, la información que se consigna en este registro es corroborada con la información de la Oficina de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud de Parrita, en los que constan las listas de las personas adultas mayores que integran el área de atracción de esa área rectora y la red progresiva de cuidado del Cantón, a fin de validar el criterio de pertenencia a la red.

3.4.2.2. TÉCNICA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta técnica apela a la dimensión ética y social, en las cuales se expresa que toda investigación que involucre la participación de seres humanos se debe respetar y validar los principios éticos y morales que orienten el accionar en la investigación, a fin de evitar y mitigar los daños y perjuicios intencionales a las personas participantes (Rance y Salinas, 2001).

Con base a ello, la investigación contempla como marco general el enfoque de derechos humanos en consideración a la autodeterminación de los participantes del estudio, garantizando la confidencialidad y el anonimato de las fuentes de información, para lo cual se dispone de la utilización de claves y códigos de identificación para cada uno de los participantes.

Así mismo, se respeta el derecho de las personas sujetas de estudio, a la decisión de retirarse en el momento que lo deseen, evidenciando el carácter de voluntariado consciente y activo en la participación, rescatando a su vez la consideración de sujetos de estudio no objetos.

En tal efecto, desde el primer contacto con los participantes, se da lectura del instrumento y se da a conocer el carácter de la participación, los propósitos, los alcances y las limitaciones del proceso, para ello en coordinación con el Área Rectora del Ministerio de Salud de Parrita, se realiza una reunión el día 26 de noviembre del 2013, con cada una de las personas participantes donde se da a conocer los objetivos de la investigación y se conviene con ellas los detalles (hora, fecha, lugar, etc.) para las sesiones y actividades siguientes en el proceso de investigación.

El equipo de investigadores se compromete durante la ejecución de esta reunión, para asumir una posición imparcial al no expresar juicios de valor, absteniéndose de dar opiniones sobre la vida de las personas entrevistadas.

3.4.2.3. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Esta técnica representa el ejercicio de capacidades para seleccionar, ver y registrar sistemáticamente la conducta, el comportamiento, los gestos, las vivencias y las características de las personas, objetos y fenómenos observados, de ahí que investigador y sujeto-objeto de estudio compartan el contexto y las experiencias, bajo la finalidad de establecer una visión aproximada a la realidad sin distorsión de información, lo cual se traduce en un flujo información constante del investigador, los participantes y el contexto (Patton, 2007), para ello se identifican tres momentos en la utilización de esta técnica: el acceso al escenario donde se hace importante la viabilidad y accesibilidad de la información en el contexto; la estancia en el escenario en cuanto a la dinámica, el objeto y la metodología propia de la observación; y la retirada del escenario correspondiente al instante en que ocurre la integración entre información y análisis.

Para ello, González *et ál.* (2006) y Sanmartín (2005) enfatizan en la planificación de la técnica, al seguir procedimientos para la comprobación, la validez y la fiabilidad de los instrumentos utilizados.

Dicha técnica es aplicada posterior al establecimiento del contrato del consentimiento informado entre el equipo investigador y los participantes, además previo a la ejecución de esta técnica se solicita la autorización para registrar por medio

de fotografías y grabación (voz-video) la interacción, para luego realizar el análisis respectivo del desenvolvimiento de las personas.

3.4.2.4. ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Esta técnica es concebida como una conversación en la que y durante la cual se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas (Ruiz, 2009). Es la técnica cualitativa más frecuentemente usada en estudios cualitativos en salud, siendo empleada para obtener información sobre actitudes, valores y opiniones relativos a los temas de interés desde el punto de vista del entrevistado.

La misma permite abordar temas delicados, sobre los cuales sólo se proporciona información cuando el entrevistado se siente en una situación de confianza.

Así mismo, la entrevista a profundidad se caracteriza por ser de corte cualitativo y de tipo holístico, en la que el objeto de investigación se constituye por la vida, las experiencias, las ideas, los valores y la estructura simbólica del entrevistado en el momento inmediato de la entrevista, por lo que pretende ser un holograma dinámico de la configuración de la vida, conocimientos y pensamientos de un individuo fuera de su participación como actor social en una experiencia significativa, o de su posible relación con un tema particular y determinado (Gurdián, 2007).

Según Galindo (1998), la entrevista cualitativa en profundidad es especialmente útil en la investigación de normas y valores, la captación de imágenes y de representaciones colectivas, el análisis de las creencias individualizadas, el conocimiento de los códigos de expresión, así como las cristalizaciones ideológicas.

En la ejecución logística de esta técnica, se hace uso de la guía de preguntas, papel y lápiz para la redacción de las relatorías, una cámara fotográfica y grabadora.

En cuanto al procedimiento funcional de la dinámica se sigue de la siguiente manera: se acuerda individualmente con cada persona adulta mayor, la hora, el lugar y el día de la aplicación de esta técnica durante la primera semana del mes de diciembre del 2013. La misma es conducida por uno de los dos investigadores; en la misma se hace uso de la "Guía de preguntas generadoras para la entrevista a profundidad", la cual corresponde a un listado reducido de temas relacionados con las

categorías de análisis, guardando una coherencia teórica -fieles a los objetivos perseguidos-, sobre los cuales se conversa conversó con el entrevistado durante un tiempo comprendido entre 55 a 80 minutos.

Para ello, se realizan 10 entrevistas a profundidad con personas adultas mayores, distribuidas según edad y sexo como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO N°1: PERSONAS ADULTAS MAYORES SEGÚN EDAD Y SEXO, PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD, DICIEMBRE 2013.

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
De 65 a 70 años	1	4	5
De 71 a 75 años	3	0	3
De 76 a 80 años	0	0	0
De 80 o más años	0	2	2
Total	4	6	10

3.4.2.5. GRUPO FOCAL

El objetivo que permea la utilización de esta técnica radica en el logro o descubrimiento de la estructura de sentimientos compartida, consensuada y fundamentada en los aportes de cada uno de los participantes.

Adicionalmente a esta técnica se hace uso de la actividad introductoria en la cual se les pide a las personas adultas mayores relacionar su etapa de la vejez con el nombre de un animal justificando su escogencia, dicha actividad posibilita la espontaneidad y creatividad para generar un ambiente de confianza en el abordaje flexible de las temáticas, y facilita el surgimiento de ideas sobre los ejes centrales de la discusión.

Por ello, el estudio propone la ejecución de 4 grupos focales durante la primera semana del mes de abril del 2014, bajo el tema: "Estrategia de Promoción de la Salud para el fomento del Envejecimiento Activo en las Personas Adultas Mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita, 2013-2014", con una duración aproximada de 2 horas y 20 minutos.

Para ejecutar esta técnica, se cuenta con la participación de 32 personas adultas mayores, distribuidas en 4 grupos de no más de 12 y no menos de 6 personas adultas mayores, los cuales se disponen según edad y sexo como se muestra en el siguiente:

CUADRO N°2: PERSONAS ADULTAS MAYORES SEGÚN EDAD Y SEXO, PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES, ABRIL 2014.

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
De 65 a 70 años	2	10	12
De 71 a 75 años	4	8	12
De 76 a 80 años	2	2	4
De 80 o más años	1	3	4
Total	9	23	32

Así mismo, para ejecutar esta técnica, se hace uso de la “Ficha de registro y guía general del grupo focal” y la “Guía de preguntas generadoras del grupo focal”, papel y lápiz para la redacción de las relatorías, así como imágenes y textos (frases descriptivas), para el dinamismo de la técnica.

Basado en lo anterior, se detalla lo siguiente: el grupo focal se conduce por un moderador, un relator y una persona de apoyo (observador); posterior a la definición de los roles, se aplica la “Ficha de registro y guía general del grupo focal”, la cual contempla los lineamientos generales para el registro, la presentación, el desarrollo, el cierre y la despedida, después se aplica la “Guía de preguntas generadoras del grupo focal”, la cual consiste en preguntas de carácter introductorio y focalizadas en el cuestionamiento medular del estudio, que abarca las 8 categorías de análisis.

El propósito de esta técnica se basa en la obtención de información asociada a los conocimientos, las actitudes, los sentimientos, las creencias y las experiencias, que no son posibles de obtener a profundidad mediante el empleo de otras técnicas, para lo cual Korman (2001), señala que la aplicación de esta técnica corresponde a una interacción social en la que se recaba, selecciona y analiza la concepción de una realidad concreta desde la óptica de los participantes del proceso.

3.5. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Este apartado describe la sistematización y el análisis de la información. En este sentido, y haciendo referencia al carácter cualitativo de la investigación se destaca la importancia de elaborar un proceso metódico estructurado. Para el análisis de la información la investigación contempla el uso del método fenomenológico en una etapa estructural (Martínez, 2003), sin embargo también se asume parte del planteamiento de la hermenéutica para la interpretación.

3.5.1. SISTEMATIZACIÓN

La sistematización representa la manera de ordenar y organizar el conocimiento a partir de los resultados de la información a la luz de los objetivos planteados, lo cual implica una interpretación crítica de la experiencia mediante el ordenamiento y la reconstrucción, en la que se identifican la lógica y los factores que se asocian al proceso, su vinculación y su razón de ser.

A tal efecto Jara (2004), expresa que mediante la sistematización se obtiene conocimiento generado desde y para la práctica que permite transmitir la experiencia y confrontarla con otras experiencias o con el conocimiento teórico existente. Por su parte Zúñiga (2009), constata que el uso de la sistematización en la interpretación crítica del reconstruir y reflexionar sobre la información, representa un esfuerzo conjunto -investigadores/participantes- para comprender el sentido de las experiencias, transformando estas en conocimiento ordenado, fundamentado y transmisible.

Por lo que se presenta la sistematización de la información por técnica de recolección: observación participante, entrevista a profundidad y grupo focal, para continuar con el análisis de la información haciendo uso de la técnica de triangulación.

CUADRO N°3: ETAPAS Y FASES DEL MÉTODO FENOMENOLÓGICO.

Etapa	Aspectos	
Clasificación de los presupuestos	Punto de partida para asegurar un riguroso arranque.	
	Parte de la revisión bibliográfica en los ejes de estudio: Proceso de envejecimiento activo y la transición demográfica, las Redes de Apoyo Social y Promoción de la Salud, posterior a ello se realiza la selección de antecedentes: perspectivas paradigmáticas, enfoques, tipos de métodos utilizados, grupos poblacionales, etc.; y a partir de ello surge el problema de investigación. Dicho proceso permite tener un panorama general del abordaje que se le ha dado al tema y su evolución en el tiempo.	
Descriptiva	a) Elegir las técnicas y procedimientos adecuados.	
	b) Realizar la observación participante, las entrevistas en profundidad y grupos focales.	
	c) Elaborar la descripción protocolar.	
	Su objetivo es lograr la descripción del fenómeno estudiado a la luz de una realidad concreta. Dicho proceso consta de 3 pasos:	
	A	<i>La observación participante:</i> consta de la recogida de notas y observaciones de las conductas, comportamientos, gestos y situaciones que ocurren durante la aplicación de las otras técnicas
		<i>La entrevista a profundidad:</i> Favorece la comprensión del fenómeno en la integración de los ejes.
		<i>El grupo focal:</i> Promueve la discusión a profundidad acerca del conocimiento del fenómeno estudiado.
B	Se tomara en cuenta el marco referencial de Martínez (2007), citado en Gurdían (2007), en cuanto a la utilización de las técnicas seleccionadas (precauciones, alertas, riesgos y realidades) relacionadas con la objetividad, las reglas de reducción fenomenológica y las reglas negativas. Para ello se coordinara previamente la selección de los participantes tanto de las entrevistas a profundidad como los grupos focales, con la Oficina de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud de Parrita y la Red de Cuido.	
C	Para el diseño protocolar se toma como base la descripción fenomenológica presente en la sistematización y el análisis de la información reflejada en la realidad y el contexto natural.	

III	Estructural	a)	Lectura general de la descripción de cada protocolo.	Responde a la necesidad de visualizar la tarea de categorizar los datos con la finalidad de facilitar su análisis y responder a los objetivos
		b)	Determinar las unidades temáticas.	Apela al carácter holístico y significativo en la investigación, la importancia de cada una de las partes en el todo, donde cada unidad temática dependen de su propia naturaleza y la constitución general de fenómeno estudiado.
		c)	Determinar el tema central en el lenguaje científico.	Permite eliminar redundancias y repeticiones en cada unidad determinando así el tema central de cada una de ellas. De ahí que el proceso implique el uso de la fenomenología hermenéutica con el fin de descubrir los significados de la relación de los ejes centrales de estudio (Proceso de envejecimiento activo y transición demográfica, redes de apoyo social y promoción de la salud).
		d)	Expresar el tema central en lenguaje científico.	Permite expresar los temas y las unidades temáticas en un lenguaje técnico/científico/sistémico apropiado.
		e)	Integrar todos los temas en una estructura científica.	En este proceso se descubren y seleccionan las estructuras básicas y las relaciones del fenómeno estudiado.
		f)	Integrar todas las estructuras particulares en una estructura general.	Consiste en unir en una sola descripción sintética todas las estructuras particulares
		g)	Sesión final con las personas participantes.	Consiste en la devolución de resultados a los participantes del estudio, lo cual implica un proceso de retroalimentación multidireccional.
		IV	Cooperativa o dialógica	El objetivo de esta etapa es relacionar los resultados obtenidos en la investigación con las conclusiones de otros investigadores para contraponerlas, entender mejor las posibles diferencias y de ese modo, llegar a una integración mayor y enriquecimiento del cuerpo de conocimiento del área estudiada.
Consiste en el momento en el que las conclusiones son comparadas y contrapuestas ante investigadores para integrar el conocimiento.				

3.5.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La investigación hace uso de la triangulación para analizar la información, esto con el fin de dar credibilidad a la investigación, tanto de la información de los participantes como de la teoría, y la experiencia del equipo de investigación, así como de la metodología, su objetivo es comparar y verificar los resultados del estudio.

En este sentido la triangulación representa un procedimiento heurístico orientado a documentar y contrastar información, y tiene como propósito asegurar y mejorar los resultados de la investigación, a continuación se presenta una descripción de estos tipos de triangulación.

La triangulación de instrumentos de recolección de datos y de herramientas de análisis, se comprende como una estrategia metodológica que permite validar internamente la investigación y enriquecer los resultados. Su uso no busca el contraste o el cotejo de resultados obtenidos por diferentes acercamientos metodológicos a la realidad social, sino el enriquecimiento de una comprensión única que resulta de la alimentación mutua de ambos acercamientos. Con ello se vislumbra como una estrategia metodológica más que un método o una técnica concreta (Arias, 1999).

La triangulación no solamente garantiza la validez del estudio mostrando que sus conclusiones no dependen del modo utilizado para recolectar y analizar los datos, sino que también permite enriquecer las conclusiones, otorgar mayor confiabilidad, mayor nivel de precisión y contrastar la consistencia interna del estudio.

La lógica de la triangulación se apoya en dos funciones principales, diferenciadas pero relacionadas entre sí. La primera proviene del enriquecimiento (validez interna) que recibe la investigación cuando, tras la recolección inicial de datos y su posterior interpretación, se aplican diferentes técnicas de análisis, se adopta una perspectiva teórica distinta o se añaden diferentes tipos de datos. La segunda función procede del aumento de confiabilidad (validez externa) que dicha interpretación puede experimentar cuando las afirmaciones del investigador son corroboradas por las de otro colega o por la contrastación empírica con otra serie similar de datos (Ruiz, 2009).

Según Flick (2004), la triangulación de perspectivas aumenta la atención hacia el fenómeno en estudio. Puede significar la combinación de varios métodos cualitativos,

así, las distintas perspectivas metodológicas se complementan mutuamente en el estudio de un problema, concibiéndose como la compensación complementaria de los puntos débiles y ciegos de cada método individual.

Para Pérez (2000) la triangulación implica reunir una variedad de datos y métodos referidos al mismo tema o problema. Implica también que los datos se recojan desde puntos de vista distintos y efectuando comparaciones múltiples de un fenómeno único, de un grupo, y en varios momentos, utilizando perspectivas diversas y múltiples procedimientos. A través de un examen cruzado de la información se pueden obtener datos de gran interés que permitan no sólo el contraste de los mismos, sino que también puede ser un medio de obtener otros datos que no han sido aportados en un primer nivel de lectura de la realidad.

De allí que la triangulación de persona es la recolección de datos de tres niveles de persona: individuos, parejas, familias, grupos o colectivos (comunidades, organizaciones o sociedades) Arias (1999), la recolección de datos de una fuente se usa para validar los datos de las otras fuentes o una sola, además el autor explica que en estos tres niveles diferentes de análisis de persona, existe, análisis agregado, interactivo y creativo, este último, es más comúnmente asociado con el análisis estructural-funcional, es la colectividad. Aquí la unidad observacional es una organización, un grupo, una comunidad o, aún una sociedad entera. Las personas y sus interacciones son tratadas sólo de acuerdo con la manera como ellas reflejan presiones y demandas de la colectividad total.

El autor antes mencionado propone la triangulación de investigador la cual significa que se emplean múltiples observadores, opuesto a uno singular. Más investigadores, en efecto, emplean múltiples observadores, aunque todos ellos no ocupen roles igualmente prominentes en el proceso observacional actual.

Ahora bien, Arias (1999) refiere la triangulación teórica como una evaluación de la utilidad y el poder de probar teorías o hipótesis rivales. Esta definición envuelve pruebas a través de la investigación, de teorías rivales, hipótesis rivales o explicaciones alternativas de un mismo fenómeno. Por lo general, un pequeño grupo de hipótesis guía el estudio y los datos obtenidos nacen no sólo en esas dimensiones, sino que pueden parecer con valor, en materiales de aproximación empírica, con

múltiples perspectivas e interpretaciones en mente. Asimismo, el autor antes mencionado señala que la triangulación metodológica puede ser dentro de métodos y entre métodos. Se trata simplemente del uso de dos o más métodos de investigación y puede ocurrir en el nivel del diseño o en la recolección de datos.

La primera, es la combinación de dos o más recolecciones de datos, con similares aproximaciones en el mismo estudio, la inclusión de dos o más aproximaciones cualitativas como la observación y la entrevista abierta para evaluar el mismo fenómeno, son ejemplos de triangulación dentro de métodos. Esta forma es empleada con frecuencia cuando las unidades observacionales se ven como multidimensionales. El investigador toma un método y emplea múltiples estrategias para examinar los datos. Mientras que la segunda es una forma sofisticada de combinar triangulación de métodos disímiles para iluminar la misma clase de fenómenos. Lo racional en esta estrategia es que las flaquezas de un método constituyen las fortalezas de otro; y con combinación de métodos, los observadores alcanzan lo mejor de cada cual, superan su debilidad. Esta triangulación puede tomar varias formas pero su característica básica puede ser la combinación de estrategias de investigación diferentes en el estudio de una misma unidad empírica o varias; este tipo de triangulación es el que se utiliza con frecuencia.

Dentro de este orden de ideas, para Arias (1999), la triangulación múltiple ocurre cuando se usa más de un tipo de triangulación en el análisis del mismo evento, aportando un sentido comprensivo y satisfactorio del fenómeno, en otras palabras, es la combinación de tipos de triangulación en un estudio. El uso de triangulación dentro de métodos y de triangulación de investigador en un estudio o el uso de triangulación dentro de métodos y entre métodos en un estudio son dos ejemplos de triangulación múltiple. En resumen, el investigador combina aquellas fuentes o métodos que al complementarse logren un cuadro completo de la temática que se está investigando según las circunstancias y la naturaleza del mismo proceso investigativo lo permitan.

Por otra parte, se utiliza el procesador de texto de Microsoft Word, y la hoja de cálculo de Excel, en los que se ingresaran los datos y se elaboraran cuadros y gráficas de frecuencias y categorías de análisis.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El análisis de la información y los datos recolectados mediante el trabajo de campo, representan la construcción de un perfil de características de los usuarios/beneficiarios de la estrategia desarrollada en esta investigación, a fin de generar una visión integral de la persona adulta mayor del Cantón de Parrita, de acuerdo a la interpretación y sistematización de los resultados de los diferentes instrumentos (fichas de identificación y registro, guías de los cuadernos de campo, guía de los tópicos para las entrevistas a profundidad, guía de preguntas generadoras para los grupos focales) y sus diferentes técnicas (fichas de identificación y registro, observación participante, entrevista a profundidad y grupo focal).

Es por ello que este apartado, centra su base sobre algunos de los factores considerados como determinantes en la salud de las personas adultas mayores, los cuales incluyen elementos vinculados a las categorías de análisis como lo son: la biología, la psicología, los aspectos sociales, culturales, económicos, educativos y cognitivos; en los que la evidencia además demuestra una marcada relación entre dichos factores y el logro de un envejecimiento activo a través de la promoción de la salud.

De ahí que la elaboración de este perfil, cumpla la función de un método de identificación integral, dividido en 8 categorías traducidas a perfiles específicos de las personas adultas mayores del Cantón de Parrita, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

FIGURA N°2: PERFILES BASADOS EN LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.



Fuente: Elaboración propia.

4.1. CATEGORÍA: BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO HUMANO

Históricamente, el envejecimiento ha sido definido desde un enfoque clínico ligado a la biología, específicamente en lo que se refiere al envejecimiento de las funciones corporales, siendo caracterizado como un proceso natural, dinámico, continuo y programado en la vida de todas las personas, donde las estructuras y funciones del organismo van declinando.

Así se observa que desde la perspectiva biológica del envejecimiento, se tiende a caracterizar al individuo a razón del declive del cuerpo humano ligado a la muerte, sin embargo estas características no son vistas como propias de una etapa o edad determinada, sino en relación a todo el proceso de envejecimiento y las condiciones presentes durante la vida.

Por ello, se visualiza la categoría biológica mucho más compleja, ya que el envejecimiento del organismo es también un proceso individualizado, tanto por la dotación genética, como por las experiencias de vida, las condiciones psicológicas, sociales y ambientales que contextualizan el vivir de los individuos.

En este sentido, en esta investigación la categoría biológica es analizada desde tres puntos de vista: el primero de ellos, se enfoca en los factores biomédicos, que incluyen elementos como las enfermedades específicas y los diferentes tratamientos para estos; a su vez incorpora también algunos cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas. El segundo se refiere a la pérdida de las capacidades funcionales ocasionadas por los riesgos de salud. Y el tercer punto de vista hace referencia a las limitantes o condiciones restrictivas, ya sean auditivas, visuales o de ambulación.

A continuación se presenta el perfil de las características biológicas del envejecimiento.

4.1.1. PERFIL DE CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

FIGURA N°3: PERFIL DE CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS.



4.1.1.1. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS

Con respecto a las enfermedades las más expresadas son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, así como problemas de hipercolesterolemia (colesterol y triglicéridos), cáncer y problemas respiratorios, como se puede apreciar en las siguientes expresiones:

“... Soy **hipertensa silenciosa** la más peligrosa y el **colesterol alto** como todos los viejitos que no encuentra uno alguno que no lo tenga, y **tengo soplo**, esos son mis males, y así como familiares todo eso **hipertensión, el corazón...**” (M-VBA, 69ª EP).

“... **Alergias y asma, yo tengo tratamiento, pero cuando me resfrío, pero aquí hay mucha gente con diabetes y presión alta, también hay muchas gripes aquí son muy propensos por el clima, otros padecen de problemas del corazón, depresión...**” (H-OMV, 80ª GF).

Por otra parte, se debe contemplar que es poco habitual encontrar una persona adulta mayor sin padecimientos, los estudios demuestran que tienen de 2 a 3 enfermedades diagnosticadas en promedio, sin embargo en todos los programas de

la persona adulta mayor, las guías clínicas e incluso en el examen de medicina preventiva del adulto no aparece la palabra “sano”, sino la palabra “funcional” (Arechabala, 2007).

“... Yo diría que el mayor cambio, es que uno ya está **más lleno de enfermedades, ya a estas edades uno tiene de todo**, y así viejo y arrugado, todo lleno de canas...” (H-JPM, 79ª GF).

“... Por **parte de la salud, ya le digo gracias a Dios, no es así tan solo son etapas que da la gripe**, que esas cosillas que ya ve uno como normal...” (M-GSS, 67ª EP).

Lo anterior es una problemática común en las personas adultas mayores, como refiere la OPS (1995), en esta etapa de la vida resultan comunes los problemas respiratorios, la hipertensión arterial, las lesiones osteomio-articulares, los trastornos angiológicos, digestivos y nerviosos, entre otros efectos ocasionados por el envejecimiento, aunado a ello se encuentran también la disminución de la capacidad vital, lo cual representa un incremento de la posibilidad de padecer enfermedades crónicas y discapacidad.

A su vez Romero (2008), hace referencia a los estudios de Fries, que en 1980 el mismo conceptualiza el paradigma de la compresión de la morbilidad, donde se postula que la mayoría de las enfermedades son crónicas y ocurren en etapas tardías de la vida, con una gran carga de discapacidad, y que en la medida en que los progresos médicos prolonguen la vida, se espera que haya más años de pobre salud.

Por ende, si se pospone el comienzo de las enfermedades crónicas, podría reducirse el número de años con discapacidad (Fries, 2003 citado por Romero, 2008) o, lo que es lo mismo, se prolongaría la vida activa de las personas, aproximándola lo más cercana a la muerte. Posponer el comienzo de la morbilidad implica más bien la prevención primaria e intervenciones físicas y conductuales para cambiar los estilos de vida no saludables, y no tanto las expectativas curativas de la ciencia médica tecnológica actual (Fries, 2002 citado por Romero, 2008).

Con relación al tratamiento ante la problemática de morbilidad que presentan las personas adultas mayores, se puede observar que los tratamientos farmacológicos que reciben por estas enfermedades son los siguientes:

“... Ah sí, me dan tratamiento. Yo tomo, este, **enalapril y famiodil, y aspirinilla para niños...** siempre la he tenido **altos los triglicéridos**, pero me están dando **lovastatina** para los triglicéridos... pero la presión bajo un poco. Un poquillo más o menos...” (M-MMH, 81ª EP).

“... **Pero también la alimentación, funciona como tratamiento**, porque cuando usted es diabético, con el consumo de azúcar, consumimos mucho verdad, entonces hay que tener cuidado con los diabéticos, al menos yo **soy hipertensa, y tengo que cuidarme de un montón de cosas de la alimentación, y también tengo un tratamiento, que a uno le dan un tratamiento...**” (M-GSS, 67ª GF).

Mientras que a la hora de abordar los tratamientos desde el estilo de vida donde interviene la alimentación y la actividad física, las personas adultas mayores comentaron.

“... En las mañanas **caminamos todos los días**, a las 5 de la mañana nos levantamos... **a las 5 nos vamos a caminar, media horita** porque ya el Dr. no me deja más de media hora, **antes caminábamos una hora...**” (M-VBA, 69ª EP).

“... **Entonces es haga ejercicio, camine, y no dejarse, hacer cardio**, nosotros sabemos bueno señor usted está aquí, pero no podemos echarnos atrás y seguir adelante...” (H-VHA, 72ª EP).

“... Hablamos que había que tener **muchos cambios en la alimentación...** se cocina aquí para todos, **menos azúcar, menos sal, que la grasa...** entonces en realidad lo vimos como le digo, como beneficios familiar, sí... **eso también me ayudo a mí a como le digo en la alimentación, a cambiar también, porque yo no llevaba así muy buena la alimentación...**” (M-GSS, 66ª EP).

Las frases anteriores concuerdan con lo planteado por Guillén (1994), al mencionar que la persona adulta mayor necesita más cuidados que tratamientos específicos, atender elementos importantes como los factores psicológicos, sociales y económicos que repercuten en su capacidad funcional y minan su calidad de vida.

Por tanto, la estructuración de un plan de cuidados racional, coherente y eficaz donde se valoran riesgos y beneficios requiere la integración y el concurso de varias disciplinas con un abordaje multidisciplinario, en equipo, o interdisciplinario para resolver estos problemas.

Desde esta perspectiva, tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad requieren actuar antes de que el padecimiento se establezca, y eso

implica velar por un envejecimiento activo y saludable, de ahí la importancia del abordaje de este aspecto en el diseño de la estrategia de promoción de salud, en cuanto a la identificación de las enfermedades y tratamientos, presentes en las personas adultas mayores del Cantón de Parrita.

4.1.1.2. RIESGOS DE SALUD

Respecto a los riesgos de salud, en esta etapa de vida, las personas adultas mayores se ven expuestas a accidentes, especialmente en el hogar, en este sentido, Becerra (2009), plantea que en ello intervienen 3 elementos: la persona que sufre el accidente y que está condicionada por sus características personales, como edad, sexo, enfermedades, discapacidades, estado de ánimo, entre otros; el agente que es el objeto, elemento o mecanismo que produce el accidente y que puede ser peligroso en sí mismo o por un defecto de diseño o de fabricación o por la utilización incorrecta; y el medio que es la situación o circunstancias en que se produce el accidente, el cual puede condicionar la acción del agente que produce la lesión así como la reacción de la víctima.

En el estudio se encontró que los accidentes ocurren con mayor frecuencia en el domicilio y, las actividades más involucradas en los accidentes de estas personas son las domésticas y las derivadas de dar respuesta a las necesidades básicas de la vida diaria, como el aseo o los desplazamientos dentro del hogar o a lugares cercanos, esto se evidencia en las siguientes expresiones:

“... Yo no puedo salir sola, yo tengo que ir con alguien... y ya me he caído 3 veces, y yo no me puedo aventurar, después me quiebro y eso sí sería fatal...” (M-VBA, 69ª EP).

“... Cuidarse uno de las caídas, por eso de la cadera, y para no quedar en silla de ruedas...” (M-RMD, 68ª GF).

“... Para mí todo eso, de las caídas, que vivan solos, que no tengan a quien recurrir por ayuda...” (H-HCHB, 73ª GF).

Lo anterior puede deberse entre otras cosas a los cambios a nivel motor, sensorial, cognitivo y la presencia de barreras arquitectónicas en el hogar y la

comunidad pueden actuar como factores de riesgo y producir accidentes en las personas adultas mayores. Entre los factores de riesgo propios de la persona adulta mayor se encuentra la edad, la disminución de la capacidad visual y auditiva, así como alteraciones del equilibrio, alteraciones del estado mental, debilidad, enfermedades sistémicas y uso de medicamentos.

Es importante señalar que el envejecimiento es un proceso multicausal, con enfermedades que le son propias, con formas peculiares de presentación aun de las enfermedades comunes y con respuestas diferentes a las medidas terapéuticas en comparación con otros grupos etarios. La salud en la vejez depende en mucho de los modos de vida, exposición a factores de riesgo, oportunidades de acceso a la protección y la promoción de la salud en el transcurso de la vida (Villanueva, 2000).

En el caso de la población de estudio entre los factores de riesgo está la herencia y otros ligados a la inseguridad social de su comunidad.

“... El corazón todas mis hermanas mayores han muerto así de lo mismo, eso es heredado...” (M-VBA, 69ª EP).

“... Es que la próstata, papá de él murió de cáncer de próstata, entonces me sale alterado el antígeno y le dan más importancia que a una persona que no tuviera antecedentes familiares y de mi familia y todo, mi hermano creo que también está con la cuestión de la próstata, sino han sido familias muy sanas...” (H-VHA, 72ª EP).

“... Yo una vez alquilaba una piecita por allá, luego llego un hombre y ya se quería abusar con ella, y es decir mi tranquilidad ya me la quito... cuando llegue está llorándome que el hombre la había pegado contra la silla...” (H-MSV, 69ª EP).

Con base en lo anterior, es importante considerar estos factores de riesgo, puesto que los mismos hacen referencia a las condiciones sociales, económicas o ambientales y están asociados con un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones, en los que una vez identificados, se pueden convertir en el punto de partida o núcleo de las estrategias y acciones de promoción de la salud (OMS, 1998).

4.1.1.3. LIMITANTES O CONDICIONES RESTRICTIVAS

En cuanto a las limitantes o condiciones restrictivas más frecuentes en las personas adultas mayores, está la disminución auditiva, caracterizada por la menor agudeza para las frecuencias altas y tonos agudos, lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona adulta mayor tenga problemas al escuchar y mantener una conversación, al respecto las personas adultas mayores, mencionan las siguientes frases:

“... Si uno escucha bien, se siente bien, si uno ve bien, entonces se siente seguro para hacer cosas... uno necesita sentirse seguro con su cuerpo...” (M-GSS, 67ª GF).

“... Yo estaba muy bien para escuchar pero he perdido como el 25 por ciento... A veces a mí me da vergüenza porque si yo converso con la gente y si no estoy bien cerca no escucho bien...” (M-CCC, 69ª EP).

En cuanto a las limitantes visuales, estas se dan producto de la disminución del tamaño de la pupila, una menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, lo cual sumado a estos y otros factores disminuye considerablemente la agudeza y el campo visual, así como la capacidad para discriminar colores, objetos, y distancias; las personas adultas mayores señalan lo siguiente:

“... Yo me lo arrimo aquí y a veces me mareo o veo las chunches verdes... yo necesito lentes ya porque tengo una cosa que se llama –yo ni sabía que existía- visión doble, entonces yo veo por ejemplo veo la luna veo dos yo veo que viene un carro yo veo dos y así, tengo una visión muy gacha...” (M-VBA, 69ª EP).

“... Pero si he cambiado en movilizarme... porque desde que uso lentes me siento como insegura...he perdido si cierta capacidad, no mucho pero si yo siento que eso es, normal, pienso yo, ya de uno...” (M-GSS, 66ª EP).

“... Yo por ejemplo tengo mala la visión que ya no puedo trabajar... un riesgo de salud es perder la vista, no ve que yo veo poquito, y ya no puede salir uno mucho a la calle así... Yo casi no hago actividades por la vista, me cuesta mucho ver, entonces casi no puedo...” (H-JDG, 74ª GF).

De acuerdo con Marín (2003), en la adultez mayor los órganos de los sentidos sufren modificaciones, la vista es uno de los más afectados por el envejecimiento y que puede influir en la autonomía de la persona; disminuye la función de las células sensoriales, apareciendo presbiacusia (disminución de la audición, especialmente para los ruidos agudos o de alta frecuencia) produciendo la aparición de alteraciones del equilibrio. Disminuye el número y la funcionalidad de las papilas gustativas y células sensoriales olfativas; estas se modifican, junto a una producción de saliva disminuida, las que condicionan una menor satisfacción con la comida. También, disminuye la agudeza táctil y la sensibilidad a la temperatura.

Por último, las limitantes de ambulación tienen sus causas en tres aspectos, como la estructura muscular, ya que durante la vejez se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, las cuales disminuyen en peso, número y diámetro, produciendo consecuentemente el deterioro de la fuerza muscular. Así también en el sistema esquelético, pues los huesos se tornan porosos y quebradizos o con menos densidad, debido al proceso de desmineralización, y por lo tanto, se vuelven vulnerables a la fractura. Por otro lado, las articulaciones se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad, produciendo una mayor rigidez articular debido a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, de modo que conforme avanza la edad, son comunes los problemas de ambulación y movilidad, así como la presencia de dolor, malestar e incomodidad; las personas adultas mayores hacen referencia a:

“... Yo estoy muy mal de la columna, yo me quebré esta pierna aquí, y me jodi la dos rodillas, y después del Guillan Barret me quede mal aquí, no tengo como mucha motora...” (H-MSV, 69ª EP).

“... Yay que les cuesta caminar ya, y que pierden la capacidad de moverse, que les empieza a dolor las rodillas y las articulaciones, dolores de huesos, y músculos...” (M-MRC, 51ª GF).

La disminución en las funciones visual, auditiva y física se encuentran entre las discapacidades o limitantes comunes en las personas adultas mayores. Ambas condiciones de no ser prevenidas y tratadas oportunamente son causa de aislamiento

social, pérdida de la autosuficiencia en el cuidado personal y consecutivamente de depresión (Villanueva, 2000).

4.2. CATEGORÍA: PSICOLOGÍA HUMANA EN LA VEJEZ

Teniendo en consideración que en la etapa de la vejez se producen múltiples cambios, ya sea en el nivel biológico, cognitivo y social, resulta de vital importancia el que las personas adultas mayores tengan los recursos psicológicos para afrontar y adaptarse a éstos de la mejor manera posible. Si bien es cierto que la mayoría de cambios físicos o cognitivos son fáciles de identificar, no sucede lo mismo con los cambios en el funcionamiento psicológico.

De ahí la importancia de consolidar la identificación de las estructuras del funcionamiento psicosocial en los pensamientos, sentimientos y emociones que predominan durante esta etapa de la vida desde lo positivo y negativo, para prevenir problemas psicológicos futuros.

De esta manera, cada persona puede dar un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido, convirtiéndose en una fuente de motivación para seguir viviendo y para asumir las propias obligaciones, inclusive para sobrellevar situaciones difíciles y adversas, incluyendo las influencias del contexto cultural, las experiencias pasadas, el nivel de conocimientos y los sistemas sociales de creencias.

A continuación se presenta el perfil de las características psicológicas del envejecimiento.

4.2.1. PERFIL DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

FIGURA N°4: PERFIL DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.



4.2.1.1. PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

La imagen de una persona adulta mayor se expresa a través de características ligadas a la ternura, el amor y el cariño, impresiones de tinte positivo junto a la imagen de la persona adulta mayor como abuelo o abuela, y como sujeto que necesita comprensión y amor. La persona adulta mayor es representada a través de un sujeto que posee sabiduría, dulzura, cariño, respeto, dignidad (Rodríguez y Cómez, 2010).

La denominación "viejo" para designar a las personas adultas mayores es concebida como falta de respeto hacia las personas. Al ahondar en lo que constituye el sentimiento de a quiénes llamaría de esa manera, se expresan concepciones divergentes, viejo es aquel que no tiene ganas de vivir, se abandona o pierde la iniciativa (Rodríguez y Cómez, 2010).

Los autores anteriores señalan además que en este punto aparece la idea de la juventud como valor a conservar a pesar del tiempo, quiénes conservan mayor lozanía aún a edad avanzada, serán poseedores de juventud, en tanto rescaten como valores la jovialidad y el gozo como sinónimos de mejor calidad de vida. Así habría una edad

mental y una edad física, un dualismo que deja de un lado aspectos ligados a la alegría, la independencia, y la juventud como positivos y del otro la apatía, la indiferencia, el desgano y el aburrimiento, como negatividad.

De acuerdo con Iglesias (2001), la personalidad es descrita por varios autores como el conjunto estructurado de características (rasgos) de los que dispone un individuo para sentir, pensar y comportarse según su propia manera. Asimismo, señalan que se conserva a lo largo de la vida adulta y que lo que se modifica es lo relacionado con el proceso adaptativo (equilibrio psicológico y satisfacción por la vida). La rigidez e hipertrofia de algunos rasgos del carácter de la persona adulta mayor pueden presentarse como forma de adaptación y comunicación con el medio social. En contraste con este planteamiento, las personas adultas mayores participantes en el estudio se expresan sobre su personalidad y su forma de ser de la siguiente manera.

“... **Diay soy imperactiva 100%** (risas) porque yo no puedo estarme quedita ni un momento... **lo no descanso...** (por qué usted diría que es así)... **diay a mí me decían mis papás que yo desde pequeña era muy inquieta...** eso debe ser por la inquietud mía **me encanta servir me gusta mucho servir a la gente aquí en la casa yo sobo, doy medicinas caseras...** y **me gusta dar masajes y sobar pegas...** ahí los masajeo y todo y diay me da dado resultado... Ay dicen **que más bien yo soy así** que no me enoja ni nada como que más bien **soy de espíritu alegre...** entonces **dicen que yo tengo buen carácter...**” (M-CCC, 69ª EP).

“... **Me gusta,** como te dijera, **hacer la vida bonita,** me gusta así. **Como amargada no, yo no voy a amargar a nadie.** Sí, no me gusta ser amargada y pongamos, este, mejor a los nietillos, me gusta hacerles la vida bonita, agradable... **a mí me gusta estar haciendo...** **me gusta sembrar...**” (M-MMH, 81ª EP).

“... **Bueno yo soy una persona muy servicial** digamos, **me gusta ayudar, cooperar...** y después **soy muy cariñosa** también a la vez, con mis hijos con mis nietos, con mi vecina, con mi amiga, y yo veo que **soy una persona como** se puede decir eso **servicial,** no sé cómo puedo hacer un cierre **así de todas esas cosas buenas que tengo...** si también a veces **soy muy como que me quiero resentir,** como que **me reciento con poca cosa,** pero también me pasa, que digo yo no hay que ser comprensivo, entonces ya si yo dije algo y me dijeron una conchada, y **ya como que me quiero molestar...** **yo pienso que los años lo hacen cambiar a uno, pienso yo...**” (M-GSS, 66ª EP).

Del mismo modo, Allport citado por Iglesias (2001), indica que el proceso de la personalidad se concibe como continuo y de diferenciación, advirtiendo que la persona adulta mayor se caracteriza por una complejidad mayor debido a la experiencia que

presentan, y al menor control de impulsos. Por otro lado, Finley y Delgado (1981) citados por Iglesias (2001) plantean que el único descubrimiento con respecto a la personalidad de la persona adulta mayor es que con el incremento de la edad surge una tendencia a la introversión. Sin embargo, esto no sucede con la mayoría de las personas participantes en el estudio como se aprecia en las frases antes citadas.

En esta línea, es importante señalar que la personalidad posee particularidades únicas e irrepetibles para cada sujeto; y si bien existen características generales en la manera de comportarse y vivenciar este período de la vida, está muy relacionada con el medio social y familiar en que está inmersa la persona adulta mayor y su interacción con éste. Como afirma Iglesias (2001) la personalidad se encuentra en constante intercambio con el medio exterior y su función es la de orientar, dirigir el comportamiento, regularlo y autorregularlo.

“... Los adultos mayores es algo muy complejo, somos diferentes, con diferentes carácter, unos más sociables que otros, no todos nos parecemos, tal vez coincidimos con unos pero con otros no, todas las características del adulto mayor se ven más que las de un joven, hay unos más comprensivos que otros no todos son iguales tal vez yo soy igual con todos pero todos no son iguales conmigo, son características todos son diferentes hay adultos mayores que son muy nobles, hay adultos mayores poco flexibles y son duros de entrarles tal vez, todo depende de cómo los criaron en la casa los criaron así o yo creo que eso influye y llega muchas veces el carácter de uno del papá y la mamá, yo herede los hábitos de ellos...” (H-OMV, 80ª GF).

“... Es más joven, ya uno está viejito, las canas, las arrugas, la pinta de uno, la estatura, los jóvenes a veces se avergüenzan de uno, unos son muy buenos y hasta lo ayudan a uno a montarse al bus, pero todo va en el carácter y la crianza de la familia...” (M-RHP, 74ª GF).

“... Todo depende de cómo uno viva la vida, si esta triste, si está feliz, y ahí también depende de las experiencias buenas y malas que tenga cada uno...” (H-MSV, 70ª GF).

Autores como Finley y Delgado (1981) citados por Iglesias (2001), comparten el criterio de que durante este ciclo de vida se mantienen las tendencias de la personalidad que se fueron formando durante la ontogénesis y que en esta etapa se enriquecen por la experiencia acumulada. Se debe tener en cuenta que la personalidad es dinámica, activa, porque todo sujeto asume una posición ante la realidad en función del sentido que le confiere a la misma, manifestada a través de la reflexión y la

elaboración personal, por lo tanto, en la vejez no se pierde esta influencia sino que aparecen nuevas formas de adaptación y comunicación.

“... Soy loquilla, me gusta mucho, soy muy amena, me encanta hacer amistades, soy divertida, muy cariñosa, sumamente cariñosa, soy feliz, es lo más importante... sentí mucho amor desde chiquita, mis papas eran evangélicos iban mucho la iglesia, entonces eran muy metidos en la casa, muy dedicados a nosotros los tres últimos que quedábamos, fue muy lindo fue una niñez muy feliz, yo creo que parte de mi vida hizo es una diferencia entre mi mis hermanas mayores y yo, el tener unos papas ya mayores, con mucho amor, más tranquilos, con mucha paz...” (M-VBA, 69ª EP).

“... Bueno mira yo soy, cualquiera que me ve dice que yo soy un ogro, pero ya cuando ya me tratan, entonces ya después según ellos yo soy un amor, un confite...” (H-VHA, 72ª EP).

“... Yo soy muy aparte ay veces que no me gusta escuchar el de allá, tengo el carácter muy fuerte, cuando hacen trabajos manuales les digo que yo no estoy en el kinder, y me aparto, a mí no me gusta ir a nada...” (M-RHP, 74ª GF).

En el proceso de desarrollo de la personalidad, se ejercen sobre el individuo múltiples influencias educativas, que van desde aquellas que recibe en su medio familiar y en su grupo de coetáneos, hasta las que corresponden a la escuela y posteriormente al medio laboral; además de aquellas provenientes de los medios masivos de comunicación y otros factores macro-sociales. Estas influencias formales e informales son, en buena medida, responsables del nivel de regulación y autorregulación que alcanza la personalidad, aun cuando este proceso acontece de manera individualizada y particular en cada sujeto (Fernández, 2003).

Sobre este aspecto, las personas adultas mayores comparten expresiones como las siguientes:

“... Yo soy una persona muy vacilona...entonces yo pienso que si soy persona agradable, que soy como decir el alma de la fiesta también verdad, como vida, hay veces que no estoy, ah no hace falta...hace falta la negra aquí, entonces yo veo que soy persona importante ahí verdad...” (M-GSS, 66ª EP).

“... Soy un poco tímida, yay yo me imagino que es así por como lo criaron a uno, desde pequeña soy así...” (M-CHG, 73ª GF).

Neugarten (1968), citado por Iglesias (2001), sustenta el criterio de que la personalidad es continua, que un individuo a los 70 años no difiere en mucho de lo que fue en su juventud y mediana edad y señala además, que los cambios en la personalidad se realizan más en el aspecto interno que en el externo.

Con relación al amor y valorización, como manifiesta Garrido (1998), este concepto se desarrolla desde la infancia, cuando se toma conciencia del aprecio o falta de aprecio que se recibe de parte del medio familiar, especialmente de parte de figuras tan significativas como las parentales. La autoestima proviene de dos fuentes principales: la comprobación de capacidad personal y el aprecio que se recibe de otras personas. Sin embargo, la familia no es la única responsable de la autoestima de una persona, el éxito en el trabajo y la aceptación social en otros medios también son esenciales en el desarrollo y mantenimiento del respeto y valoración de sí mismo a lo largo de la vida. También influye en el desarrollo de una positiva autoestima el pensamiento positivo, es decir, el darle un significado a la propia vida del que derive satisfacción y valorización de sí mismo, por lo tanto, una mirada optimista al mundo y a las relaciones que redunde en una mejor capacidad de adaptación al medio, opuesta a la rigidez de la persona con baja autoestima que enfrenta la vida y las relaciones humanas con desconfianza y temor. La autoestima es relevante en el desarrollo individual y en el ámbito relacional, ya que es el marco de referencia desde el cual cada persona se proyecta en sus acciones, relaciones, conducta y comunicación.

La persona que se valora positivamente también se percibe bien valorado por los demás, por lo que se acerca a sus relaciones sin temer descalificaciones, en una actitud más abierta, menos agresiva y menos defensiva, actitudes que ayudan a que las relaciones sean más armónicas y sin equivocadas interpretaciones provocadas por el temor a no ser del agrado de los demás (Garrido, 1998). Esto se puede observar en las siguientes frases expresadas por las personas adultas mayores:

“... Yo voy a Parrita y ahí **todo mundo lo conoce y lo quiere mucho**, en la carnicería, en la ferretería, en la calle pasan y me gritan... y **aquel escándalo...**” (M-VBA, 69ª EP).

“... Ya yo aquí que hice una vida **donde todo el mundo me aprecia y me quiere...**” (H-VHA, 72ª EP).

“... Es importante (amar a los demás), porque **la biblia dice que hay que amar al prójimo** por sobre todas las cosas...” (M-ARS, 88ª GF).

“... **Es muy importante** (participar) porque lo hace a uno **sentirse importante...**” (M-MMH, 81ª GF).

Aparece claro entonces, cómo en las relaciones humanas la necesidad de tener un buen concepto de sí mismo es un elemento primordial ya que cada persona, a su estilo, consciente o inconscientemente, buscará que en las relaciones que establece, su autoestima no resulte lesionada. Resulta así la autoestima dentro de los aspectos de amor y valorización como determinante en la calidad de la comunicación, de la relación y de las conductas de las personas adultas mayores.

Los cambios que afectan a la persona adulta mayor a través del ciclo vital no sólo se refieren a aspectos físicos y psicológicos sino que tienen que ver con aspectos sociales en relación a muchos de sus roles tanto familiares como laborales.

Esto se puede visualizar en la expresión de una persona adulta mayor que a continuación se cita:

“... **Yo digo mejor solo, por si me muero yo que sea solo yo, y que ni los zopilotes se den cuenta, me echen en una llanta en un guindo...yo la verdad la vejez la veo que yo ya no tengo a nadie a quien recurrir...**” (H-MSV, 69ª EP).

Respecto a la felicidad y alegría, al igual que en cualquier etapa de la vida en la vejez no se dejan de sentir emociones, porque no se deja de vivir y tener experiencias que dejan huella; en otras palabras, con la edad, algunas de las emociones pueden ser un poco más complicadas que cuando se es joven. En este sentido, varios autores concuerdan que vivir es más agradable cuando se tienen experiencias que aportan alegría, satisfacción y felicidad. Esto se evidencia en lo que señalan algunas personas adultas mayores a continuación:

“... **No todos son iguales, unos tienen más capacidades que otras, pero a mí siempre me ha gustado esforzarme, siempre he tratado de no sobresalir pero si de aprender;** tengo muchas fe en Dios, y la esperanza es lo último que se pierde...” (H-OMV, 80ª GF).

“... **Diay yo digo que más bien uno debe estar feliz de llegar a una edad como nosotros,** porque nosotros **estamos en un grupo que nos**

valoramos nosotras que nos echamos piropos nosotras que nos decimos cosas bonitas y salimos mucho y todo, y la gente le dice a uno que uno está bien que se ve como una persona alentada que anda por todo” (M-CCC, 69ª EP).

La depresión en la persona adulta mayor, es común, es una enfermedad que merece toda la atención por parte de su entorno. Los cambios, a veces difíciles, que se presentan a esta edad, pueden conllevar a un cuadro depresivo que puede afectar tanto la salud física como la salud mental del afectado. Es una problemática mayor comparada con otras poblaciones, pues los sentimientos de tristeza, abandono y soledad suelen ser más fuertes por los múltiples y drásticos cambios que presentan y por la falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida (Domínguez, 2014).

En lo relacionado con los sentimientos de tristeza y depresión, las personas adultas mayores hacen alusión a:

“... Todo eso me ayudado a sentirme más viejo más decaído, yo a veces psicológicamente me siento mal, como deprimido me entiendo...pero hay una razón, pero di viene a terminar de conjugar la gravedad de salud que yo he tenido...” (H-MSV, 69ª EP).

“...Yay yo puedo decir lo que me parece, que también hay más cambios físicos pero también uno se siente a veces muy triste, muy deprimido, muy solí, entonces yo digo que además de físico es emocional...” (M-CHG, 73ª GF).

Por otra parte, en cuanto a las pérdidas de un ser querido, una de las participantes expuso:

“... Sí, pero ya tiene 4 años, y claro mi hermano, mi padrastro, mi papa que me crío, y todavía duele, es significativo... bueno se queda uno bastante triste, bastante afectado, pero dice uno es la vida, hay que seguir, verdad, no nos vamos a ir detrás de ellos, porque di tampoco verdad, y yay a pesar de que duele, pues ya nos hemos ido acomodando ya a la falta de no verlos, que uno conversa mucho de ellos y los recuerda mucho, pero yay uno tiene que pensar que así es... hoy estamos y mañana no...” (M-GSS, 66ª EP).

Aún hoy, en esta población etaria la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, por lo que, con frecuencia la depresión en la persona adulta mayor no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable,

puesto que, al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en las personas adultas mayores es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología (Becerra, s.f.).

En cuanto a la plenitud, las investigaciones realizadas demuestran que aquellas personas que vivencian una vejez plena, se han caracterizado durante su historia de vida por tener una alta autoestima, predominio de una experiencia satisfactoria de la vida, pensamiento racional, estabilidad emocional y una personalidad que se acepta a sí misma y asume la vida y sus limitaciones (Fierro, 1994).

Con respecto a lo anterior, las personas adultas mayores hacen referencia a su plenitud emocional con las frases a continuación:

“... Nos sentimos, como chiquillos de quince para rajar, nos sentimos jóvenes si realmente, porque mira, cualquier cosa que si nosotros no podemos hacer por lo menos tratamos, y así es y yo creo que nosotros yo le digo a la viejita mía que vamos a durar un poquito más, por lo menos 5 minutos más, porque aquí no hay estrés -el estrés no lo conocemos-...” (H-VHA, 72ª EP).

“... Los viejitos tienen muchas ventajas, verdad (risa) Verdad que sí? Claro, yo feliz de la vida, soy así, como Dios me tiene... Qué bonito ser uno viejito (risa) Le tienen consideración. No, diay, de verás, hay personas consideradas...” (M-BCB, 80ª EP).

“... Diay yo deseara que no llegue verdad (RISAS) todavía, pero de salud he sido muy sana, yo tuve 6 hijos y solo con 2 fui al hospital... Diay yo pienso que ojala llevarla con una buena calidad de vida verdad y tranquila verdad que no vaya a tener una enfermedad como que se le olviden a uno las cosas, diay yo le pido a Dios y hago todos los ejercicios que a nosotros nos dicen que recordar lo que uno hizo en el día que recordar ese día con que personas estuvo o que converso y todo, diay yo lo hago porque me gustaría tener una buena calidad de vida, no importa que uno se arrugue, se envejezca, pero que uno esté bien, ya si no se puede pues ni modo pero hay que hacer lo posible...” (M-CCC, 69ª EP).

Respecto a los miedos e inseguridad que pueden experimentar, la persona adulta mayor, según Viguera (s.f.), están en relación con la toma de conciencia de la idea de tiempo, se pone en juego el pasado, lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, asignaturas pendientes o situaciones que se hubiera querido vivir distinto; el presente

con tiempo libre como nunca se tuvo antes y qué hacer con él; con la idea de vejez, con la idea de la muerte propia. Ya no se ejercen ahora roles que daban identidad, como el laboral o la educación de los hijos. Asimismo, los miedos asaltan a la persona adulta mayor con mayor o menor intensidad al igual que el aburrimiento y la rutina pueden ensombrecer este presente, la soledad es una compañera muy temida. El tiempo futuro trae de la mano la idea de la vejez y la de la muerte. Al respecto, una de las participantes tiene la siguiente opinión:

“... Sí, me da miedillo hay veces, porque yo me voy así a caminar, a coger para arriba y yo veo que voy derecha, cuando me percato, como que me voy para un lado y se... el camino (risa). Si me da miedillo. Donde hay buses, los carros, si me da miedillo andar sola ” (M-BCB, 80ª EP).

El temor a morir en soledad o a enfermarse y no recibir asistencia, es muy común en esta etapa de la vida, esto se puede verificar en las frases siguientes.

“... Me pongo: ¿qué va a ser de mí? yo solitica...” (M-BPS, 69ª GF).

“... A morirnos, todos los días pienso yo en la muerte, todos los días leo la biblia y ver tele...” (M-RHP, 74ª GF).

Si bien los miedos y las inseguridades están ligadas entre sí, se manifiestan de distinta manera y tienen, como todas las cosas características singulares, únicas, propias de cada persona adulta mayor y está en relación con su historia de vida y el entorno en el cual se desenvuelve.

Con relación a la comunicación y expresión, las personas adultas mayores tienen necesidad de una comunicación abierta y sincera, tienen necesidad de sentirse acompañados y tienen necesidad de poder expresar sus emociones; necesitan ser escuchados con imperiosa necesidad; desean sentirse útiles, que se les tome en cuenta; se le respete como ser libre que debe tomar sus propias decisiones por sí mismo, no tratándole como a un menor, puesto que no es un niño (Bátiz, 2012).

Con respecto a la comunicación y la expresión con la familia y los amigos, las personas adultas mayores, consideran lo siguiente.

“... Con mis amigos muy bien, excelente. Con mi familia menos porque nos vemos muy poco, la mayoría estamos dispersos (12 hermanos), unos en Turrialba otros en México otros hasta fuera del país hay, entonces no hay así como comunicación buena no tenemos (M-VBA, 69ª EP).

“... Yo si también buena, mis hermanos (3 hermanos), mis papás ya murieron, mis hermanos están en Turrialba y ahí por teléfono nos llamamos, mi hermana es una que no deja pasar un cumpleaños sin llamarnos, es la primera que nos está llamando, ella es la que ha unido a la familia (H-VHA, 72ª EP).

Por otra parte, en cuanto a la forma de expresarse con las demás personas, diciendo lo que piensan, las respuestas fueron:

“... Ah depende de quien sea, porque si no se vuelven y dicen cuatro a uno, y porque se mete, y así, pero si tiene uno que decir las cosas como son...” (H-JDG, 74ª GF).

“Yo le hablo a los demás, y les jalo el aire, pero yo a las personas particulares las respeto mucho, cada cual es dueño de sí mismo” (H-OMV, 80ª GF).

Haciendo referencia a que si las personas adultas mayores encuentran fácilmente las palabras para expresar sus emociones y sentimientos, las mismas consideran:

“... Desde mi experiencia, yo digo que sí podría ser, pero no puedo decir por los demás” (H-HCHB, 73ª GF).

“... Bueno yo a veces soy muy fácil y hay veces que no, depende, hay veces que soy muy explosiva, a como hay veces que más bien me contengo, soy más callada, y todos yay mama porque esta tan callada, entonces no quiero decir algo para resentir, y hay veces que soy muy explosiva que lo que siento Paow!!...” (M-GSS, 67ª GF).

Mientras que a la pregunta sobre la comodidad mientras se sienten rodeados de gente, respondieron.

“... A mí no me molesta, yo paso mucho en reuniones, me gusta compartir” (H-OMV, 80ª GF).

“... A mí no me gusta la bulla, ni ver mucha gente, a veces no quiero ver a nadie” (M-RHP, 74ª GF).

De acuerdo al campo de la psicología emocional es que este periodo de la vida depende en mucho de las características típicas de la personalidad de cada individuo, de las condiciones de su ambiente y del modo de vida que esta lleve, y no tanto de su edad cronológica.

De ahí que el desarrollo de la personalidad hasta alcanzar la madurez y en consecuencia altos niveles de salud y bienestar, deviene un complejo proceso a lo largo de todo el ciclo vital de una persona, entre los procesos de autorregulación, los más importantes son el reconocimiento del ser y la personalidad, la afectividad y la valoración personal y su percepción social, la posición ante la vida, así como la capacidad la comunicación y expresión.

4.2.1.2. PROYECTO DE VIDA

La configuración, el contenido y la dirección del proyecto de vida, por su naturaleza, origen y destino, están vinculados con la situación social de la persona, tanto en la expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y las tareas en una sociedad dada (Jiménez, 2008). Por lo que, establecer y concretar proyectos de vida en esta etapa del desarrollo, conduce a una mejor calidad de vida y, con ello, al disfrute de una longevidad satisfactoria.

Por lo anterior, si la persona adulta mayor asume una vida activa, dinámica, animosa, impulsada por motivos que le den sentido a su existencia; si realiza actividades interesantes y atractivas y mantiene un nivel de participación social animosa, es decir, si logra estructurar y concretar sus proyectos de vida, es posible lograr "atrasar" el reloj biológico en 10 a 15 años. Así mismo, la conceptualización de los proyectos de vida supone el análisis de los procesos funcionales de la personalidad en la proyección de contenido de sus direcciones específicas y flexibles, conformadoras de la propia realidad individual social y la consideración de la adecuación mutua de los procesos y relaciones de la sociedad para su consecución como proyecto vital auto-realizador (Jiménez, 2008).

Es por ello que el proyecto de vida es, en gran medida, el fruto de la experiencia anterior de la persona, volcada en la actualidad y el devenir. Por eso, los proyectos de vida son legítimos y efectivos si en ellos se revelan las propias potencialidades del individuo, si estas vinculan y dan continuidad a lo que fue, lo que realmente es, y las posibilidades de lo que llegará a ser.

Con respecto a los factores determinantes en la construcción de proyectos de vida en las personas adultas mayores, es de todos conocido que la personalidad regula la actividad de cada persona y que diferentes subsistemas intervienen en este proceso. La capacidad de tomar decisiones y ejecutar acciones por sí mismo; adoptar estas determinaciones sin vacilar y llevarlas a cabo con constancia, así como ser capaz de dominar su propia conducta -vencer obstáculos internos-, resultan imprescindibles para enfrentar con éxito las dificultades externas, puesto que son componentes importantes de la voluntad, que participan en la regulación de la actividad (Núñez, 2001).

El hombre debería envejecer a través de un proceso normal y llegar a la senectud y senilidad sin una patología exclusiva o necesariamente agregada. Desde el punto de vista psicológico, correspondería ir pasando de una a otra etapa en forma consciente y paulatina, encontrando en cada una de ellas su propio significado al igual que nuevos valores y objetivos (Sánchez, 2007).

La búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una “racionalización secundaria” de sus impulsos instintivos. El sentido de la vida es todo aquello que da un significado concreto, en un momento dado, a la existencia de cada persona. Este sentido es único y específico. Implica una tarea individual encontrar aquello que confiere un significado a la vida, acorde a las circunstancias personales y en función a los objetivos en la vida y sus posibilidades. De esta manera, cada persona puede dar un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido (Frankl, 1997). En contraste con lo anterior, las personas adultas mayores mencionaron lo siguiente:

“... Nosotros **planeamos esto** de aquí **hace 30 años**, comenzamos o sea **hace 30 años** compramos el lote, queremos comprar un terrenito en la playa **para cuando nos pensionemos irnos para allá**, y realmente **se nos**

han ido cumpliendo todas las cosas y ahora estamos aquí y mira yo de aquí yo creo que no me sacan...” (H-VHA, 72ª EP).

“...Yo pienso que **uno es el que decide a que darle más peso en la vida...**” (M-CHG, 73ª GF).

Dicha búsqueda de sentido se convierte en una fuente de motivación para seguir viviendo y para asumir las propias obligaciones, inclusive para sobrellevar situaciones difíciles y adversas. Incluso, el desarrollo del sentido se ve influido por el contexto cultural, las experiencias pasadas, el nivel de conocimientos y los sistemas de creencias (Rodríguez, 2005).

“...Y esperamos, **yo le hago números a llegar a 80** pero yo la estoy pulseando **para ver si llego a más...** Mira y otra cosa es, **nosotros sabemos que año a año se nos va a acortando, pero ya por eso no nos vamos a sentar a llorar, y a esperar a que se nos termine...**” (H-VHA, 72ª EP).

“...Bueno yo siempre he creído que **la mejor elección que yo hice fue venirme para acá...** yo creo que **desde que me vine de San José y me vine a vivir aquí mi vida cambio totalmente, lo primero que hice fue buscar un grupo de apoyo donde fuéramos todos iguales viejitos y compartiéramos los mismos males, y eso me lleno tanto tanto...**” (M-VBA, 69ª EP).

Si uno tiene claro cuál es su papel en el mundo, muy relacionado con el sentido que da a su vida, y percibe el futuro de forma positiva (lo que también tiene relación con el sentido) es más probable que alcance y conserve su estabilidad mental (Rodríguez, 2005).

Para algunas personas hablar de envejecimiento y pensar en la muerte, es un hecho casi simultáneo. Al elaborar los proyectos de vida, la muerte puede aparecer como límite, obligando a una reestructuración espacio-temporal de lo que será en el mañana. Según Fierro (1994) es como si negaran su derecho y posibilidad de pensar en el futuro mostrándose como algo que vive del pasado enfrentándose al presente pero sintiéndose sin fuerzas para lograr sus sueños y por tanto deprimiéndose constantemente. Sentirse cercano a la muerte conlleva al individuo a traer el pasado constantemente a un primer plano, hace de este una forma de sobrevivir en el presente y nos permite apreciar su falta de perspectiva futura; lo que conduce a un vacío existencial.

“... Ya uno casi que no ve más para adelante, ya uno así tan viejo, hoy está bien mañana no se sabe, ya uno está más bien en una etapa como de salida ya, en cualquier momento colgamos las tenis...” (H-ICP, 73ª GF).

“... Yo veo mi vida de aquí para adelante bien...yo me veo haciendo las cosas de la casa nada más...” (M-GCHCH, 74ª GF).

“... Yo espero también que me vaya bien, haciendo lo que uno hace, trabajar, porque si uno no trabaja no come...” (M-ARS, 88ª GF).

La satisfacción por la vida también ha sido tomada en cuenta en los estudios sobre esta temática. El sentimiento de bienestar positivo o negativo influye en el proceso de envejecimiento; según Morgan (1987) citado por Quintero y Trujillo (1992), este parece mantenerse hasta la edad de 75 años donde se aprecia un ligero declinar. Para este autor la satisfacción por la vida se relaciona altamente con el compromiso social, el cual se encuentra determinado por la actividad que realiza la persona adulta mayor, así como por sus relaciones afectivas. Mientras más amplias son la actividad y las relaciones afectivas, se logra más satisfacción por la vida. A tal efecto, las personas adultas mayores mencionaron:

“... Lo único que puedo pedir es tener salud...ya uno no quiere hacer mucho, pero sí que pueda hacer lo que tenga que hacer...” (H-JPM, 79ª GF).

“... Yo espero, no es que uno... que mejoren muchas cosas... si hablamos de la salud, bueno gracias a Dios que aquí todo está bien, no se puede tocar ese punto...tal vez que mejore un poquito la parte económica...” (M-GSS, 66ª EP).

“... Yo he estado queriendo montarme un “galeroncito” un tallercito donde yo poderles transmitir a jóvenes lo que yo sé, he estado tratando de comunicarme con el INA, para que me digan si yo puedo o tengo cabida ahí como instructor...entonces yo puedo ser un instructor del INA, por mis años di son 50 años de conocer un carro al revés y al derecho, entonces yo quisiera antes de morirme transmitirles lo que yo sé, ese don que Dios me dio...” (H-MSV, 69ª EP).

Las estrategias de enfrentamiento que desarrolla cada individuo para lograr una vejez gratificante están en dependencia de las características de personalidad y de la situación social de desarrollo en la que están inmersos (Morgan, 1987 citado por Quintero y Trujillo, 1992).

“... Diay **el proyecto de vida que yo tengo es seguir adelante y sacar ese titulito en el INAMU no ya para un trabajo** porque yo ya estoy pensionada por la pensión no contributiva me pensionaron muy rápido cumpliendo los 65 años y me la aprobaron entonces como para trabajar y eso no pero para mi **persona para sentirme bien y ver que si se puede no importa la edad...**” (M-CCC, 69ª EP).

“... Yo espero verme... físicamente, es lógico que **uno va perdiendo sus capacidades, pero yo espero verme con mi familia, estar como ahorita con mis nietos, con mis hijas, que mi familia, mi familia es muy cariñosa y que somos muy unidos, y yo espero que hasta que Dios me lo permita que ellos me vean a mi estar con rodeada de ellos, con mi familia...**” (M-GSS, 67ª EP).

“...Yay **yo me veo apoyando a los hijos, con muchos deseos de superarme...**” (M-RMD, 68ª GF).

“... **No yo no, yo de aquí para adelante me veo muy mal, lo veo muy malo, ahora todo la tierra está muy contaminado, el mundo está muy mal con muchos problemas, hay muchos terremotos, escases de alimentos, todo eso que se viene, en todo lugar hay muchas tragedias ...**” (M-AMS, 74ª GF).

Puede decirse que no es común encontrar en las personas adultas mayores, al menos en la mayoría, un proyecto de vida definido y previamente pensado para todo aquello que habían siempre deseado hacer para cuando llegaran o rebasaran la sexta década de la existencia; es así como precisar la existencia o no existencia de proyectos de vida en las personas adultas mayores, la orientación y sus determinantes, sirven como base preliminar para poder delinear estrategias de intervención y abordaje con esta parte de la población, teniendo en cuenta la importancia que tiene el establecimiento y concreción de los proyectos de vida en esta etapa, pues conduce a la promoción de un envejecimiento activo y una mejor calidad de vida, y con ello al disfrute de una longevidad satisfactoria.

4.3. CATEGORÍA: ASPECTOS SOCIO-CULTURALES Y ECONÓMICOS EN LA VEJEZ

El enfoque del envejecimiento desde punto de vista sociocultural y económico, parte del supuesto de la organización jerárquica de cada sociedad, la cual se diferencia por su comportamiento según cada contexto, cultura y desarrollos particulares, sin embargo es importante considerar que la persona adulta mayor ha perdido el valor moral y productivo que se merece debido a la multiplicidad de corrientes negativistas entorno a la vejez y el envejecimiento.

Con base a lo anterior, la vejez se concibe con imaginarios negativos que enmarcan a toda la población adulta mayor dentro de características comunes y crean, al mismo tiempo, estereotipos y mitos que disminuyen sus capacidades reales y sus derechos, esta percepción limita además el desarrollo humano y distorsiona su autopercepción, influyendo perjudicialmente en las actitudes de la sociedad hacia los mayores y viceversa. Así mismo desde el núcleo familiar, se destaca que las personas adultas mayores enfrentan transformaciones, a partir de diversos factores de su entorno, siendo una problemática que podría verse agravada por sentimientos de discriminación, aislamiento o poca utilidad.

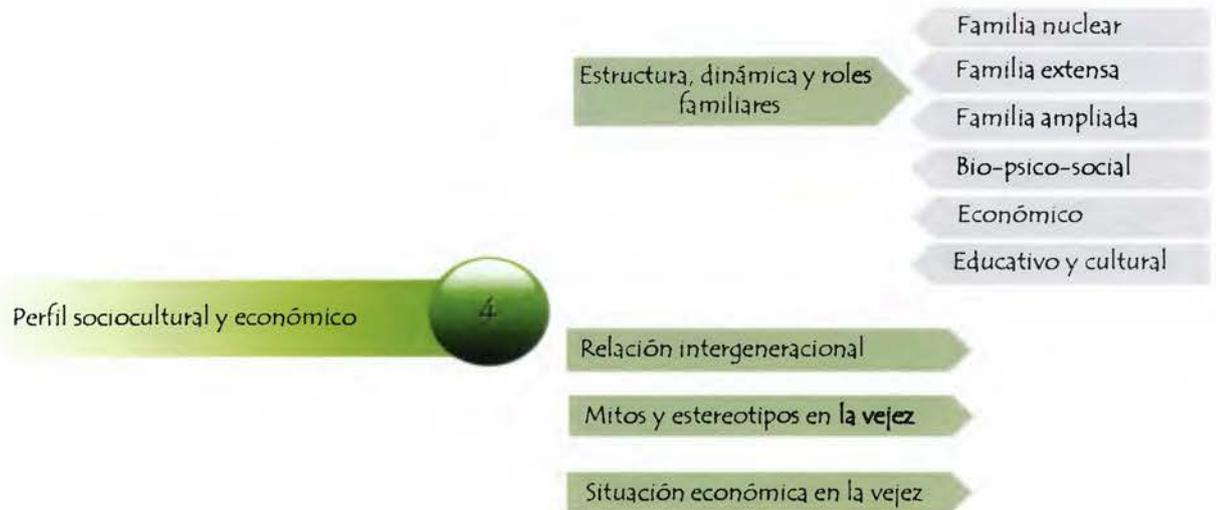
Aunado a lo anterior, desde la perspectiva socioeconómica, se tiende a asociar el envejecimiento al declive de las labores productivas, según su contexto y situación particular, conllevando un conflicto económico, considerado como un determinante de su posición social, la calidad y acceso a los servicios.

Desde este punto de vista, varias teorías socioculturales y económicas, explican el fenómeno del envejecimiento y la vejez, resaltando el valor de la persona adulta mayor a pesar de su capacidad funcional, justificada en la importante función social, cultural y económica que juegan éstas dentro de la sociedad. Es por ello, que desde la promoción de la salud y el envejecimiento activo el análisis del medio social, es decir la familia y las relaciones sociales, culturales y productivas, es fundamental para la etapa de la vejez pues fortalece el bienestar integral de la persona adulta mayor.

A continuación se presenta el perfil de las características socioculturales y económicas del envejecimiento.

4.3.1. PERFIL DE CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICAS

FIGURA N°5: PERFIL DE CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICAS.



4.3.1.1. ESTRUCTURA, DINÁMICA Y ROLES DEL NÚCLEO FAMILIAR

Para algunos terapeutas familiares, la institución de la familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es el grupo primario de adscripción. De acuerdo a la teoría de los sistemas, la familia es considerada un sistema abierto, o sea, un conjunto de elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y con el exterior (Iglesias, 2001).

También cambia el concepto de familia si lo enfocamos hacia su extensión: así tenemos la familia nuclear, formada por los padres e hijos que habitan bajo el mismo techo y que comparten la abundancia o la escasez; familia extensa, si están incluidos los abuelos, tíos, etc.; familia ampliada, si se incluyen individuos que no tienen lazos consanguíneos (Iglesias, 2001).

Para abordar la estructura familiar según la conceptualización de cada tipo de familia, se tienen los siguientes datos:

- **Familia nuclear con co-habitación de los hijos:** Formada por una pareja que habitan bajo el mismo techo y que comparten la abundancia o la escasez, sin la presencia de los hijos, sea por la no existencia o no co-habitación de los mismos.

En el caso de esta familia solamente dos de los entrevistados viven una con su hijo y otra con su hijo y conyugue.

- **Familia nuclear sin co-habitación de los hijos:** Formada por los padres e hijos que habitan bajo el mismo techo y que comparten la abundancia o la escasez.

Mientras que para este tipo de familia cinco de los entrevistados viven solamente con su conyugue.

- **Familia extensa:** Formada por padres e hijos, y toda aquella persona que comparta un nexo consanguíneo con estos.

Ninguno de los entrevistados está inmerso en este tipo de familia.

- **Familia ampliada:** Formada por padres e hijos, y toda aquella persona que comparta un nexo consanguíneo con estos, en la que se incluyen individuos que no tienen lazos consanguíneos.

Por último, en cuanto a este tipo de familia solo una de las entrevistadas vive con ocho miembros más, de los cuales son hijas, nietos y yerno.

“... Aquí vivimos, este mis 2 hijas...esta tiene 31 creo, la que entro con el bebito, este mi nieta que tiene 13 años una, la otra tiene 7, el mayor tiene... va a cumplir 20, el mayor, nieto, si nieto, y el nietito tiene ese que tiene 1 añito, después mi yerno y yo...” (M-GSS, 66ª EP).

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por tanto se reconoce que esta instancia ejerce una función amortiguadora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. Es conocido que una ayuda familiar tanto de índole económica, material o espiritual, a menudo contribuye disminuir el impacto de ciertos cambios de alto significado para la vida del sujeto; además es el más efectivo espacio de contención que tiene el individuo para tolerar las exigencias provenientes del propio proceso de su desarrollo; de los otros grupos e instituciones y de la vida social en el cual se encuentra inmerso.

Es indiscutible el hecho de que la soledad constituye un factor de riesgo para numerosos problemas físicos y psicológicos y que el hombre como ser social satisface sus necesidades básicas en relación con el otro que le proporciona bienestar y del cual resulta sumamente difícil prescindir; no obstante es necesario tener en cuenta los aspectos estresantes de las relaciones sociales, las demandas que imponen estas interacciones y tal vez uno de los más importantes componentes, la forma en que resultan evaluadas y afrontadas por los individuos concretos.

En cuanto a la dinámica de las personas adultas mayores en sus hogares, los mismos acentúan el compartir con sus respectivas familias y se refieren de la siguiente manera:

"... Bien -nos llevamos bien- porque yo, tengo que comprenderla a ella como es, y ella tiene que comprenderme a mí como yo soy, así con mis cosas, yo soy el que cocino, yo soy él que hago, él que corro, y ella me ayuda a mí, mi ayudantica, ella lo que hace es lavar ropita, la ropita de ella y la mía, un par de trapitos que tengo yo, entre nosotros los llevamos bien...ella es mi compañerita, ella es mi bordoncito..." (H-MSV, 69ª EP).

"... Ya te voy a decir, nos levantamos, nos bañamos, mi marido se va a trabajar, la mañana nada más, porque a las once él viene corriendo desesperado porque él sabe que yo estoy deseando almorzar, entonces viene volado, ya en la tarde él no sale, entonces nos quedamos juntitos, yo me pongo a leer, él se arrecuesta y se duerme un rato, después nos levantamos, nos vamos ahí enfrente, a conversar con los vecinos..." (M-VBA, 69ª EP).

"... Bueno este siempre se celebran los cumpleaños aquí porque yo tengo un saloncito ahí donde hago los ejercicios y todo entonces ellos dicen que es más cómodo entonces se celebran los cumpleaños, la Navidad, se hace la tamaleada, todos vienen, no es así como muy frecuente no es diario pero solamente para esas fechas (si como solo para fechas especiales) sí... Sí salimos en familia, si como digamos cuando vamos a Golfito van todos los carros, cuando vamos a Guanacaste van todos y así siempre ha habido eso que aunque ellos tengan ya otra familia estamos siempre compartiendo entre todos..." (M-CCC, 69ª EP).

Abordando los roles de las personas adultas mayores en sus familias, ya sean bio-psicosociales, económicos o culturales, los mismos expresan lo siguiente:

"... Eso es la unión familiar, como que se une más la familia, al menos ellos vivían aparte y me los traje a vivir aquí, y entonces nos trae unión familiar, pero lo vi así como bien porque día y estamos en familia, y

compartimos todo, yo en el caso mío me sentí mucho mejor...” (M-GSS, 66ª EP).

“... Mmm biensísimo, me siento bien en ese aspecto, porque nosotros somos una familia, nos queremos todos, el mal de uno, es el mal del otro... y nosotros nos llevamos bien... todo es especial, entonces, no se puede sentir uno mal verdad, yo digo que la relación es buena entre la familia, y los vecinos y todo...” (M-GSS, 66ª EP).

“... Mis hijos mis nietas vienen mucho cada vez que tienen en el trabajo vacaciones, somos una familia de viejos, ósea no hay chiquitos, se vienen para acá se quedan con nosotros... o sea es disfrutar la vida. tenemos que disfrutar la vida, tener opción de ver un panorama diferente que nosotros vivimos, entonces eso lo hemos encapsulado muy bien en nuestras vidas, dándoles mucho amor, mucho respeto y somos muy felices muy chineados...” (M-VBA, 69ª EP).

Existen diversas definiciones pero se puede concluir que la familia es un grupo de pertenencia natural, en el cual se establecen relaciones de dependencia y vínculos afectivos entre sus miembros. Posee estructura jerárquica y funcionamiento sistémico. Tiene carácter de subsistema abierto en relación con el sistema social, en tanto se encuentra en interacción recíproca y constante con otros grupos sociales debe cumplir con las funciones que permitan a sus miembros satisfacer sus necesidades, desarrollarse y relacionarse con el mundo circundante (Iglesias, 2001).

En el aspecto de la unión familiar y sus vínculos afectivos, las personas adultas mayores se sienten más a gusto y seguros cuando están cerca de sus familias y comparten su diario vivir con ellos.

4.3.1.2. RELACIÓN INTERGENERACIONAL

La conservación de las relaciones intergeneracionales es crucial para la prosperidad de las edades avanzadas y, para ello, las generaciones pre-geriátricas deben actuar en dos sentidos: primero, reconociendo los valores de la vejez, reforzando su imagen y nutriéndose de su experiencia y, segundo, preparándose para la vejez, pues la mayoría de sus miembros llegan a esta etapa de la vida (Romero, 2008).

El mismo autor, señala que la sociedad debe estructurarse sobre la base de valores humanos enaltecedores del hombre como ser social y, aunque preocupen los

efectos económicos del envejecimiento, no debe dejarse de prestar atención a esta etapa, estableciendo programas integrales para ellos, que tanto dieron en su juventud en la construcción de los valores que disfruta la sociedad actual.

Con respecto a la valoración social de la vejez, las personas adultas mayores consideran:

“... Ahora nosotros estamos muy chineados, hasta por lo jóvenes, vea nosotros vamos por cualquier lado, y verdad mi amor, y vienen los muchachos y si hay un caño de peligro o algo, espérese señora espérese señor yo le ayudo, y hasta los jóvenes, entonces nosotros decimos no es solo la caja, que nos tiene chineados demasiado, en el bus, cuando uno va en el bus, las personas como uno siente ese amor, entonces dice uno me siento requeté bien, antes eso no, antes era diferente totalmente, los papas eran más calladitos más sentaditos en la casa, menos activos, ahora no... (M-VBA, 69ª EP).

Considerando los intereses, tanto culturales, religiosos y comunitarios que comparten las personas adultas mayores, los mismos expresan:

“... No perdemos actividades ninguna, todo lo que nos dicen vamos, en el grupo también hacemos muchas actividades, jugamos bingo, hacemos aeróbicos, en esa parte estamos bien, y nosotros salimos siempre a lugares donde se encuentra una gente de la comunidad, es bonito. Y religiosos no eso, si no, nosotros no tenemos una iglesia, para nosotros igual nos da... Y ahí en el grupo llegan evangélicos, católicos, testigos de jehová, de todo, entonces nosotros no podemos discriminar...” (M-VBA. 69ª EP).

La compañía familiar y de otros seres queridos aparece como ideal de vínculos en la vejez, hijos y nietos, son los primeros en expresarse como ideal de compañía. El estar rodeados, acompañados, y cuidados por estos vínculos familiares se expresa como un deseo, al mismo tiempo se encuentran expresiones ligadas a la propia vejez, la idea de la ganancia de experiencia, felicidad y plenitud, vivenciada por parte de seres queridos familiares y en la propia casa, son los hijos, nietos u otros familiares (Rodríguez y Cómez, 2010). En cuanto a la relación con la familia y sus miembros, las personas adultas mayores mencionaron:

“... Pues según la... porque hay veces, en una fiesta es bonito que haya de todo, los chiquitos lo hacen gozar a uno, y todo, pero hay momentos

en que cuando hay un revuelto ya uno como adulto no... pierde el objetivo, a mi manera, si claro..." (M-GSS, 66ª EP).

"... Si este es muy buena porque en realidad todos viven aparte, sólo el pequeño es que está aquí pero él trabaja en un taller ahí porque él es mecánico entonces él pasa poco con nosotros y el domingo él se va a competencias de motos entonces y los otros viven aparte entonces cuando nos juntamos es cuando hay un almuerzo o hay un cumpleaños o así y la relación es buena porque no hay conflictos entre familia porque a todos se le dio lo mismo entonces todos estudiaron todos tienen su trabajo todos tienen su casa..." (M-CCC, 69ª EP).

"... Si yo quiero ir a alguna parte, y ellos van para alguna parte, ellos me llevan donde ellos vayan. Tal vez me dicen, mami vamos, y tal vez yo no quiera ir, entonces ellos me llevan donde yo quiera..." (M-BCB, 80ª EP).

En las familias multigeneracionales es posible que las diversas necesidades e intereses experimentados por las diferentes generaciones se contrapongan en determinados momentos y circunstancias lo cual provoca tensiones en su seno que afectan el bienestar emocional y los niveles de satisfacción de los adultos de más de 60 años. Uno de los aspectos más importantes que provoca la complejidad de las relaciones en la familia multigeneracional radica en el modo como los diferentes miembros asumen los roles que le son asignados. Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral, y ayuda financiera, en especies o atención en caso de enfermedad. Es en la interacción de estas expectativas cuando surgen muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos (Martín, 2000).

4.3.1.3. MITOS Y ESTEREOTIPOS EN LA VEJEZ

Es importante señalar que la sociedad como tal sigue manteniendo y promoviendo una serie de discursos sobre el cuerpo y el envejecimiento que están constantemente resaltando el papel de la salud y la enfermedad en la vejez, de la importancia de contrarrestar la edad, de eliminar el paso de los años, de evitar el envejecimiento del cuerpo, el envejecimiento prematuro, los cambios notables en el cuerpo, los cambios físicos como imperfecciones, y muchas otras versiones que circulan a través de los medios de comunicación y la publicidad (Ramos y Salinas, 2010).

Pese a esto, la vejez y el envejecimiento se encuentra cargado de estereotipos y mitos, que no sólo afectan a las personas mayores en su construcción de identidad personal y social, sino que también afectan los estudios relacionados con estas temáticas. Estos mitos y estereotipos suelen sentar las bases de creencias psicológicas, sociales y biológicas sobre las personas adultas mayores, ya que son aceptadas como hechos (Torrejon, 2007).

Esto es lo que Feixa (1996, citado por Torrejon, 2007) denomina entender la edad como imagen cultural, donde se le atribuye un conjunto de valores, estereotipos y significados a los sujetos de determinada edad. Los estereotipos sobre las personas adultas mayores que legitiman esta práctica social hacia ellos están a menudo basados en observaciones limitadas o investigaciones gerontológicas de poblaciones cautivas segregadas, tales como las personas adultas mayores institucionalizados (Edwardh, 1987, citado por Torrejon, 2007).

Así mismo, se describe como mito la homogeneidad de todas las personas adultas mayores, es decir, la igualdad entre unos y otros, y se dice que los hombres y mujeres envejecen de la misma forma. Esto se contradice porque a medida que se da el proceso de envejecimiento, las diferentes experiencias y contextos influyen de forma distinta y así cada persona resulta siendo muy diferente de otra.

Al consultar a las personas adultas mayores, sobre los mitos del envejecimiento y como son vistos por los demás grupos poblacionales, los mismos expresan:

“... **Como un chiquito...**” (M-RHP, 74ª GF).

“... **Gruñones...**” (H-OMV, 80ª GF).

“... **Los nietos que tengo en la casa, el mayor es el que me cuida porque soy adulta mayor y otro sí que no hasta le da vergüenza de arrimarse a uno, como si uno oliera feo...**” (M-OBC, 74ª GF).

De este modo, las imágenes con que se caracteriza a las personas mayores son relacionadas con enfermedades crónicas, la pobreza, la soledad, ser asexuales, pasivos, dependientes, entre otros. A los estereotipos sobre la vejez que la asocian con el deterioro de la salud y las funciones cognitivas, el cese de las actividades productivas, la incapacidad para incorporar nuevos conocimientos y, por tanto, a una

mayor inactividad durante esta etapa, se le agrega la percepción de que -producto justamente de estas características limitantes- la vida social de las personas mayores se ve restringida (Torrejon, 2007).

Es decir, se tiende a identificar fácilmente la vejez como una "patología" social, asociada a aislamiento, carencia de redes sociales, violencia y/o maltrato hacia las personas adultas mayores, por lo que el desarraigo social e incluso familiar, conlleva a que las personas adultas mayores experimenten un sentimiento de soledad, el cual es un estereotipo social y no necesariamente se puede generalizar a todo el segmento de esta población vulnerable.

4.3.1.4. SITUACIÓN ECONÓMICA EN LA VEJEZ

En general el sistema de protección social en los países de América Latina especialmente la ligada a necesidades económicas y de salud, no cubre a toda la población o su aporte es insuficiente para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias de las edades avanzadas. Ello hace que una parte significativa de la población mayor deba seguir trabajando u obtener recursos de sus familias o de otras redes sociales (Morasén, 2013).

Existen ciertas creencias o estereotipos generalizados en los individuos, que definen la vejez como una edad caracterizada, principalmente por el cese de las actividades laborales productivas, asociándose directamente la jubilación con el inicio de la vejez (Peñaloza y Rojas, 2005, citado por Torrejon, 2007). Así, en el mundo occidental, el hablar de tercera edad sólo cobraría sentido cuando se le asocia con la edad cronológica o con el cese de la actividad laboral (Del Valle, 2001, citado por Torrejon, 2007).

Sin embargo, producto de las creencias basadas en el modelo deficitario, surge el mito de que las personas adultas mayores no son trabajadores eficientes. La repercusión de esto se traduce en que la gente encargada de dar empleo o ascensos evita contratar trabajadores de más de cuarenta años, ya que basan sus creencias en estereotipos negativos sin fundamentos comprobables. Los estudios sobre empleo indican justamente lo contrario: los trabajadores de edad faltan menos a su trabajo y

aún, más importante, su rendimiento es igual al de los trabajadores jóvenes (Edwardh, 1987, citado por Torrejon, 2007).

En último término la discusión sobre la jubilación se centra en el derecho al trabajo y la posibilidad de las propias personas adultas mayores de decidir sobre esto, según las capacidades que tengan. En esta línea resulta interesante observar sus propias opiniones, en tanto son los afectados directos de decisiones provenientes de segmentos de la sociedad, puesto que el trabajo es fundamental para la condición humana y no puede ser limitado por la edad, con ello las personas adultas mayores deben tener la oportunidad de trabajar de acuerdo a sus capacidades, algunas las personas adultas mayores opinan:

“... Por allá y después me llamo aquel otro y me dice es que fulano de tal me recomendó, entonces mira a veces el teléfono suena hasta en la noche, él me dice qué curioso que ahora que ya me canso también pero ahora es cuando quisiera tener tiempo para hacer dinerito...Y mis hijas dicen mami pobrecito papi ya no debería trabajar, y yo les digo pero él quiere, no le podemos quitarle eso...” (M-VBA, 69ª EP).

“... Yo antes trabajaba mucho en la calle, crie a mis hijos trabajando yo solita, tuve un compañero me ayudó mucho pero después se fue y me quede yo con 4, y la responsabilidad, entonces yo trabajaba afuera, y me movilizaba bien, pero ya después tengo una hija que me ha ayudado mucho, y ya yo vine a la casa, aunque aquí a veces trabajo, yo hago empanadas y vendo y estoy activa... ella es la que más aporta, y pasa pulseándola ahí con eso, que es un salario definitivamente, muy corto porque son unas 8 horas al día, pero ella ahí, ella que hace unos trabajitos en la computación, y así va ella pellizando, después yo tengo una pensióncita de 75 por mes, que también ahí se incluyen gastos que llaman, cosas personales mías, y también yo compro lo que vaya haciendo al día haciendo falta, sí...” (M-GSS, 66ª EP).

Una sociedad cuyo foco se centra en la producción, la jubilación marca la frontera entre estar dentro del mundo laboral y junto con eso poder participar en el resto de los sistemas, y estar fuera donde, según la posición social del individuo, progresivamente se va siendo excluido de los sistemas sociales. De esta forma, la imagen del jubilado refleja la burocratización de la última etapa de la vida en la sociedad industrial, así como el proceso de exclusión social que dicha etapa conlleva (Huenchuán, 2005, citado por Torrejon, 2007).

La jubilación hace que el individuo tenga mayor conciencia de sí mismo, lo que influye en el incremento de la conciencia de su avanzada edad, en un trasfondo social donde priman los estereotipos que consideran a la vejez como un estado de ocio, de fealdad, de inutilidad, como un mal que hay que evitar, lo que ocasiona cambios en el autoconcepto, y una disminución de la autoestima y la autonomía. Al respecto las personas adultas mayores consideran lo siguiente:

“... **En la pensión, y en lo económico...**” (M-CHG, 73ª GF).

“... **Diay es que hay que tener plata para pasarla bien...**” (M-MMH, 81ª GF).

“... **Uno tiene que tener el cinquito para poder hacer las cosas...**” (M-GSS, 67ª GP).

Las personas adultas mayores han perdido su rol social, laboral y las implicaciones que de esto derivan y marcan su nueva situación en dependencia de la cultura de la jubilación. Además juega un valioso papel el enfrentamiento a la pérdida significativa, siendo el duelo la vivencia de un cambio importante del estado de ánimo y que en muchos casos desemboca en un estado depresivo. En esta etapa ocurre una reorganización de roles. Con respecto a lo anterior, las personas adultas mayores al considerar la parte económica de su vejez, algunos con una jubilación y otros manteniendo trabajos esporádicos, consideran:

“... Yo cuando me la encontré a ella, **me la encontré en una situación deplorable, yo soy mecánico, y en ese tiempo trabajaba, y yo me gano mis centavitos, maso menos, no como que bruto, pero puedo decir que puedo vivir dignamente, o por lo menos sin hacerle daño a la gente, pero ya no,** entonces ella, la vida fui yo, entonces ella vivía en una casa, donde parecida a esta, pero eran chorros de agua por todo lado, apenas el rinconcito donde ella tenía la camita para vivir, entonces cuando yo vi esa situación, no con interés de nada, nada, yo dije yo voy a ver qué puedo hacer por esta señora...” (H-MSV, 69ª EP).

“... **Yo la veo complicada por un lado con la pensión que yo tengo, no me da para alquilar casa, si alquilo casa, y pago luz y agua, me quedo sin comer, entonces la veo complicada, la pensión son de 75 digamos, pago 40 de casa y la luz y el agua 20, son 60, y el gas para la cocinita como 10 casi, y ya ahí se fue, y que como, me entiende, tengo que ver que a ver qué voy a hacer , me rebusco,**

que me pongo a hacer, tengo que ver a ver cómo le hago...” (H-MSV, 69ª EP).

“... Yay es que si nos ponemos aquí de hablar de los problemas, cada quien tiene sus problemas, pero yo creo que el principal es el problema económicos que tenemos todos, porque la mayoría de las cosas que nos afectan en la salud están ligados...” (H-MSV, 69ª GF).

De lo anotado anteriormente, se desprende que el grado de envejecimiento experimentado por una persona es el resultado de la influencia de diversos factores, unos modificables y otros en los que no se puede intervenir. Sin embargo, es necesario buscar espacios recreativos, formativos, de aprendizaje y crecimiento y una mejor integración familiar, social y comunitaria para que la persona adulta mayor tenga un envejecimiento activo y saludable.

4.4. CATEGORÍA: EDUCACIÓN Y COGNICIÓN EN LA VEJEZ

La educación debe ser abierta a los intereses de las personas mayores, promoviendo y fortaleciendo sus capacidades de organización y liderazgo a nivel familiar y comunitario. Todos estos elementos son cruciales para la construcción de un clima favorable para el aprendizaje que beneficiará en consecuencia la adquisición de conductas permanentes de autocuidado para lograr un envejecimiento saludable.

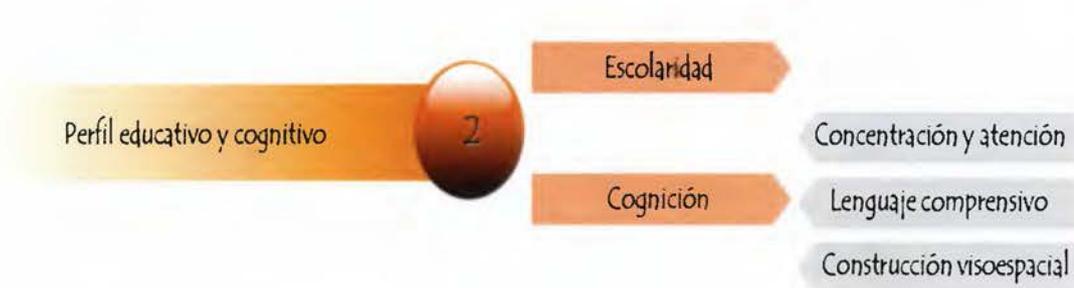
El proceso cognitivo en la adultez mayor como parte de los cambios fisiológicos del envejecimiento, sufre modificaciones, las cuales deterioran la capacidad memorística y por ende, la pérdida de actividades que les permite realizar una vida independiente. Siendo así, el deterioro cognitivo es toda alteración de las capacidades mentales superiores: memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración y atención.

Por este motivo, es necesario dotar de estimulaciones, ejercitando y fortaleciendo el área cognitiva en las personas adultas mayores con el fin de mejorar su calidad de vida fomentando directamente la salud mental de dicha población.

A continuación se presenta el perfil de las características educativas y cognitivas del envejecimiento.

4.4.1. PERFIL DE CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS Y COGNITIVAS

FIGURA N°6: PERFIL DE CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS Y COGNITIVAS.



4.4.1.1. SITUACIONES VINCULADAS A LA ESCOLARIDAD

Algo representativo en las últimas investigaciones ha sido el hecho de que la representación social de la vejez se expresa como pérdida para los tres grupos de edades. Ello pudiera ilustrar la carencia de políticas educativas que contribuyan al mejoramiento de la imagen de la vejez. El desarrollo de política educativa en la región, aún carece del conocimiento de esta edad, a pesar de que las personas adultas mayores han desempeñado un papel doméstico importante así como la incorporación laboral y social en todos estos años, de hecho se les reconoce pero aún no se les conoce (Morasén, 2013).

Es preciso que las personas adultas mayores al igual que la familia y la comunidad en general comprendan que las personas mayores tienen conocimientos y experiencias acumuladas a lo largo de sus vidas que les han permitido desarrollarse, sin embargo, deben existir oportunidades para que en la vejez se continúe con los procesos formales o informales de educación.

“... Había aprendido mucho de refrigeración, de equipos de sonido, aires acondicionados porque donde trabajaba se dedicaban a eso entonces esa es el arma que tengo ahora...” (H-VHA, 72ª EP).

“... Ella ha aprendido a leer un poquito, porque yo le he comprado libritos, “paco y lola”, y “gotitas de sabiduría”, la lleve a la escuela, yo tuve que ir a la escuela con tal de que ella vaya...yo tengo primaria completa, sexto grado, pero aquellos tiempos en los que enseñaban de verdad, la educación, eso fue en el 59 para atrás...” (H-MSV, 69ª EP).

En cuanto a las oportunidades que las personas adultas mayores tienen para aprender, las mismas se refieren a las siguientes actividades:

“... Si hay que hacer algo para aprender hay que hacerlo, como leer el periódico o escuchar la radio con información importante...Yo creo que sí, nos han enseñado, alguna gente ha venido y nos ha enseñado a hacer cosas...” (M-ARS, 88ª GF).

“... Yay es que aquí es muy difícil, aquí la gente sabe mucho de agricultura y ganadería, pero así de cultura cuesta mucho...” (H-JDG, 74ª GF).

“... Si claro, yo veo la tele y aprende a hacer cosas, manualidades, artesanías y cosas, a mí me gusta mucho estudiar...” (M-RMD, 68ª EP).

“... Hasta aprender a escribir y leer puede uno, si alguien lo pone a uno aprende...” (M-GSS, 67ª GF).

En cuanto al nivel educativo alcanzado, los grupos de población que tienen una educación más pobre presentan los peores indicadores de salud. El corte especialmente significativo es el paso de la primaria a niveles de instrucción superiores, sea porque dicha prolongación académica supuso una entrada en el mercado laboral a edades un poco menos prematuras y posiblemente posibilitó una trayectoria más favorable. Los años de escolarización provocan el desarrollo de una serie de capacidades que están positivamente relacionadas con las circunstancias de la vida que afectan a la salud, incluyendo un empleo remunerado a tiempo completo, un trabajo satisfactorio, un bienestar económico, así como una sensación de control personal y de apoyo social. La educación también está relacionada con un estilo de vida (Ikerketa, 2009).

Por otra parte, el analfabetismo alcanza gran relevancia entre las personas mayores, especialmente entre las mujeres. Las personas analfabetas duplican los

niveles de dependencia de quienes al menos saben leer y escribir aunque no tengan estudios. El analfabetismo supone por sí mismo uno de los mayores riesgos de encontrarse en una situación de dependencia. Estos parecen sugerir que los recursos culturales mínimos se convierten para los mayores no solo en un valioso instrumento para manejarse en una sociedad compleja, sino en imprescindibles para poder encontrar las estrategias y los recursos necesarios para salvar las propias dificultades o para enfrentarse a ellas (Ikerketa, 2009).

En el caso de la educación y la salud, dicha correlación ha sido explicada de diferentes maneras: personas con un nivel educativo alto toma mejores decisiones o tiene mejor información acerca de su salud, personas con salud deficiente logra bajos niveles educativos; o es posible considerar variables no observadas como las características genéticas, el ambiente familiar del hogar (por ejemplo, la educación de los padres), entre otras (Fuchs, 1982; Kenkel, 1991; Grossman, 1972a y 1972b citados por Jewell, Rosse & Triunfo, 2007).

4.4.1.2. SITUACIONES VINCULADAS A LA COGNICIÓN

Se asegura también que la pobre interacción social, poca participación en las actividades sociales y la falta de compromiso con la sociedad, pueden explicar el deterioro cognitivo de las personas adultas mayores. Se afirma, además, que el deterioro cognitivo es menor en aquellos individuos que mantienen contactos visuales frecuentes con los parientes y se mantienen participando en las actividades sociales (iglesia, grupos de personas adultas mayores, centros de apoyo o simplemente las reuniones en el parque) (Zunzunegui, Alvarado, et al., 2003).

En cuanto a la cognición al hacer un ejercicio sobre la construcción de un relato con cinco palabras, los resultados obtenidos fueron:

“... Bueno... Gallo, Yo me levanto por la mañana y veo el gallo. Y los gatos en la noche yo los veo pasando ahí, porque hay muchos...A mí me gusta, porque hago tortillas de maíz, yo cocino el maíz y muelo en la máquina y hago las tortillas de maíz...El desayuno, yo me levanto en las mañanas a hacer el desayuno también...Y que la leche es buena para hacer apretados y hacer tamal de leche agria y todo (risa)...Todo eso lo

hago yo, que Dios me da mucha fuerza y mucha vida todavía...” (M-BCB, 80ª EP).

En algunas personas adultas mayores, sus habilidades verbales y de razonamiento comprensivo tanto del lenguaje escrito y oral y la construcción visión-espacial tienden a ser buenas, sin embargo en una gran parte se observa una disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, así como un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora y lentitud de respuesta.

En la adultez mayor la memoria sensorial, los aspectos relacionados con la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo parecen ser casi tan eficientes en las personas adultas mayores como en las personas jóvenes, la memoria a largo plazo para la información recién aprendida es con frecuencia menos eficiente, según parece a causa de problemas de codificación (organización) y recuperación (Papalia, 1997). Pero esto no significa que puedan aprender del todo, además depende del tipo de persona, es decir, de la educación, la salud, las actividades que realiza, y el método utilizado para enseñar a otros. De acuerdo a las actividades ligadas a mejorar la concentración, la atención y la memoria, las personas adultas mayores mencionaron:

“... Si este hacemos también manualidades (y qué otras cosas) y jugamos, ahora no estamos jugando porque tenemos mucho compromiso entonces lo que hacemos es bailar y bailar y bailar, y ahora tenemos que ir al parque el viernes que encienden el árbol entonces tenemos que bailar, y he estado cociendo mucho porque yo coso y entonces hago la ropa del grupo...” (M-CCC, 69ª EP).

“... Me pongo a tejer (risa) me gusta, porque gracias a Dios todavía todas esas cosillas hago yo, del servicio, tejidos, si yo me paso entretenida un poco...Ah el Bingo me encanta, cuando hay Bingo ahí voy yo. Vieras, aquel día fuimos y no pego nada, nunca pego...” (M-MMH, 81ª EP).

Unido a lo anterior también afecta el aprendizaje y la memoria, la existencia de temor en relación con la pérdida de habilidades mentales, puesto que puede haber una disminución de la memoria, mayor tiempo en terminar una tarea o solucionar un problema porque se distraen con mayor frecuencia.

Por esta razón el grado de motivación para aprender o recordar, así como el interés o significatividad de la información y el tiempo de la experiencia educacional

que se ha tenido, tienden a ser más importantes en esta etapa que la modificación de las habilidades de aprendizaje y memoria.

“... **Bueno me gusta leer, yo leo demasiado**, ahora rajo porque ya te digo ya, mi hija que era la mayor, que también esa es tremenda para leer, ella me traía compraba los leía y me los traía, ahora me dice mami **ho te volví a traer libros, no ni me los traiga todavía, porque yo ya no puedo, le digo esperece que me operen y ya me pongo a leer, a mí me encanta la lectura desde chiquilla ...A mí me encantan los crucigramas, y por ejemplo busque las 7 diferencias, todo eso...**” (VM-BA, 69ª EP).

“...**Yo soy el que hago crucigramas y a veces sopas de letras, yo antes leía el periódico todos los días, ahora ya eso no... así yo desarrollo mi mente...**” (H-MSV, 69ª EP).

Ballestero (1999), hace mención de diferentes estudios que han llevado a confirmar que el ejercicio regular de las personas adultas mayores mejora su memoria, razonamiento, atención y la capacidad de respuesta.

La educación también juega un papel importante dentro del rol y las actividades de la promoción de la salud, la UNESCO (2010) afirma que a medida que se envejece cambian las situaciones y los factores de riesgo, por lo tanto existe una necesidad latente y permanente de adquirir nuevos conocimientos en salud, para que las personas tengan la capacidad de tomar decisiones y ampliar sus opciones.

4.5. CATEGORÍA: PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La promoción de la salud, es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, mientras que la prevención de la enfermedad, abarca las medidas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como: la reducción de factores de riesgo, sino también, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (OPS/OMS, 2007).

Es importante mencionar que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a

fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, 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 (OMS, 1998).

Es así como el proceso de envejecimiento se ve afectado por los determinantes de la salud, ya que el envejecimiento se da a lo largo del ciclo de vida de la persona, en el cual se dan múltiples situaciones que son dinámicas y afectan la salud de los individuos; esto es lo que tratan de explicar las teorías que se han formulado acerca del envejecimiento. Si bien es cierto el envejecimiento se llega a evidenciar con los cambios que ocurren a nivel corporal, este proceso no implica solamente aquellos del componente físico, sino también del aspecto mental, psicológico y social, que van ocurriendo a lo largo de la vida y que llevan al declive final de esta. No obstante Mauk (2008), deja clara la idea de que este tipo de cambios como por ejemplo la depresión y el aislamiento social, surgen a partir de alteraciones normales que se dan en la estructura y función de los diferentes aparatos y sistemas corporales.

Como apunta Ballesteros (1999), la vejez no es entonces una enfermedad, sino una etapa de la vida, como la infancia, la adolescencia, o cualquier otra transición en la vida. Partiendo de este concepto, el envejecimiento no se debe tratar como una enfermedad sino más bien debe comprenderse como un proceso natural, y así lograr integrar a la población adulta mayor a la sociedad; para evitar en la medida de lo posible la institucionalización de las mismas.

A continuación se presenta el perfil de la promoción de la salud para un envejecimiento activo.

4.5.1. PERFIL PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

FIGURA N°7: PERFIL PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO.



4.5.1.1. DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DE LOS CONCEPTOS: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El término promoción de salud ha tenido varias definiciones entre los investigadores, sin embargo, todos concluyen que el concepto es abarcador y en él intervienen múltiples disciplinas. De ahí que para el logro de sus objetivos se necesita desde la voluntad política de una comunidad determinada, hasta la participación individual y colectiva de esa comunidad, por lo que dadas estas características los resultados se obtienen generalmente a largo plazo. En cuanto a la definición que le asignan las personas adultas mayores, uno de ellos plantea lo siguiente:

“... Yo entendería por eso, porque ahora estamos tan chineados, ahora los viejitos con la salud, porque hay mucha promoción, sabemos que lo tenemos... es tener que salir a buscarla porque nadie va a llegar a la casa a buscarnos, pero nos dan muchas charlas de salud, y al mismo tiempo sabemos y conocemos a que tenemos derechos, y esas cosas... Creo que son todos los derechos que tenemos los adultos a una variedad de ayudas que se nos ponen por delante, para que nosotros escojamos de acuerdo a las necesidades de cada uno...” (M-VBA, 69ª EP).

El envejecimiento activo es según la OMS el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Este concepto pone énfasis en el entorno, relaciona el término “activo” no sólo con capacidad para la actividad física, sino también con la participación social económica, cultural, espiritual y cívica (Ikerketa, 2009).

“... Ese es que el que llevamos acá nosotros verdad, un envejecimiento activo que queremos... las chiquillas dicen, ellas rajan allá en San José con sus amigas y todo, es que mi papá y mamá son muy activos, ellos nunca están aplanados esperando nada...” (M-VBA, 69ª EP).

La Organización Mundial de la Salud ha efectuado importantes aportes en pos del logro de un envejecimiento activo (OMS, 2002). Este nuevo enfoque teórico y los hallazgos de investigación, dan cuenta de los múltiples recursos y potencialidades de las personas mayores y amplían las posibilidades de diseñar estrategias de intervención, orientadas tanto al tratamiento y asistencia como a la prevención y

promoción de la salud, ya que más allá de los objetivos concretos de cada una de ellas, contribuirán de uno u otro modo a un envejecimiento positivo y competente así como a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Con respecto a lo anterior, algunas personas adultas mayores señalan sobre la definición y el significado de promoción de la salud y envejecimiento activo:

“... Yo creo que puede significar el cómo se cuida uno, y de las cosas que hace uno para cuidar su salud...” (M-MPA, 76ª EP).

“... Yo creo que es como uno puede mejorar la salud, y las cosas que tiene que hacer, como alimentarse bien...” (M-MMH, 81ª EP).

“... Yo creo que como podemos promocionar o prevenir la salud, aumentar lo que es la salud, con un montón de cosas, como la alimentación, tener una buena higiene, eso que hace que la salud este bien, y todo eso que nos hace crecer en años, y ahí nos va aumentando los añitos saludables...” (M-GSS, 67ª EP).

La promoción de salud comienza con personas básicamente sanas y busca el desarrollo de medidas comunitarias e individuales que las ayuden a desarrollar estilos de vida que puedan mantener y aumentar su estado de bienestar (Terris, 1986).

Promover el envejecimiento activo, no se basa solo en crear políticas y planes de acción que propicien los gobiernos e instituciones y trabajar para los mayores, se requiere de un cambio de actitudes sociales en cuanto las imágenes que se proponen de la vejez como parte de la vida y en especial, se precisa de una modificación a nivel individual del concepto y la autovaloración de las personas para lo cual es imprescindible una preparación para un buen envejecimiento.

Por lo que una vez que se acepta esta edad como una etapa más del ciclo vital es que se está en condiciones de llevar a cabo un proceso de selección y optimización de los recursos personales, a través del cual se puede conseguir una vida digna y satisfactoria mediante la minimización de las potencialidades. En fin es un método en el que se identifican capacidades y competencias, que se contrastan con las aspiraciones e intereses y sobre esa base se optimizan las que puedan ayudar a trazar un proyecto de vida satisfactorio con autonomía, independencia, bienestar, participación y productividad.

4.5.1.2. PERCEPCIONES Y OPINIONES DE LOS CONCEPTOS: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La negación del envejecimiento se ha convertido en un instrumento eficaz para la promoción del envejecimiento exitoso y se ha demostrado que una mejor adaptación psicológica y mejor salud se relacionan de forma positiva con la definición de uno mismo como más joven que la edad real. A la vez la concepción del envejecimiento como un proceso social admite a su vez diversos enfoques. Entre ellos se destacan el abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la sociedad y cuya tensión se centra en el estudio de las características de la sociedad y en la forma en que estas configuran similares oportunidades y condiciones de vida para las categorías de las personas adultas mayores, otro enfoque de índole, más psicológico cuya unidad de análisis son los individuos que envejecen, hace hincapié en la manera en que estos enfrentan su proceso de envejecimiento. Una combinación de los dos anteriores es el enfoque psicosocial que se interesa por la forma en que los individuos como miembros de una categoría social encarar su envejecimiento dentro de un contexto social que lo condiciona (Cruz, 2003).

El mismo autor señala, que una actitud positiva ante la vida proporciona mayor felicidad en la vejez que el estado de salud, según una investigación desarrollada por la Universidad de California en San Diego, la misma pone de manifiesto que el optimismo y la aptitud de hacer frente a las cosas son más importantes para conseguir un envejecimiento feliz que los medios tradicionales de salud y bienestar, la investigación ha demostrado que la gente pasa algo de tiempo cada día socializándose, leyendo o participando en otras actividades de ocio tienen un nivel de satisfacción más alto en la vejez.

Al respecto las siguientes frases son señaladas por algunas personas adultas mayores:

“... bueno que no importa que estemos en la vejez pero que seamos personas activas... porque hay muchas personas que en lugar de ser activas, se van como deprimiendo, y están como arrinconaditos pensando, quien sabe que, están en otro mundo... Yay andar uno en sus quehaceres, o que se queda a un paseo, que se queda allá, estar uno motivado, animado...” (M-GSS, 66ª GF).

“... Yo creo que muchas veces los viejitos de antes se morían antes de tiempo por eso, porque ellos se sentaban y ya llegaban a una edad que les dada la potrona y de ahí no hacían nada, y no es eso, yo creo que el adulto mayor de ahora es más capaz, es más dinámico, es menos que te digo antes como que ellos se tenían lastima, ya estoy muy viejo, ya estoy muy cansado, pero no nosotros viejos cansados lo que sea vamos, no se puede quedar uno ahí, si estar uno abierto a eso, a los cambios porque vamos a tener muchos cambios, eso de si le piden a uno una ayuda hacerla, no ser un viejo gruñón...” (M-VBA, 69ª EP).

Por lo descrito anteriormente, es que la definición de promoción de la salud, tiene una amplia aplicación y en el caso particular del campo de la Salud Pública, su objetivo es impulsar una serie de actividades y acciones que culminen en el mejoramiento del estado de salud de las personas, las familias y la comunidad. Como todo lo circunscrito al ámbito humano, tiene antecedentes históricos más o menos vigentes, según estén orientadas las políticas sanitarias en cada país o región, sin embargo, existe reducida conceptualización, desarrollo metodológico y experiencia práctica sobre la aplicación de la promoción de salud en su sentido más amplio (Cruz y Vázquez, 2001).

4.6. CATEGORÍA: ACTIVIDADES COTIDIANAS EN LA VEJEZ

Para el logro de un envejecimiento activo, la recreación y la actividad física como parte de las actividades cotidianas en la vejez juegan un papel importante, ya que al establecer las estrategias para el afrontamiento de los cambios durante el envejecimiento; se puede definir el accionar para lograr que este se dé de forma adecuada; aquí la recreación puede jugar un papel muy importante. Según Salazar, citado por Meneses y Monge (1999) la recreación es definida como todas aquellas experiencias que producen placer, pertenecen a la educación no formal que contribuyen en el desarrollo integral del participante y que son llevadas a cabo en su tiempo libre de forma voluntaria.

La recreación, particularmente en la vejez, según varios autores puede significar crear nuevamente, motivar, establecer nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. De la misma manera, puede considerarse como un método de intervención

terapéutica de restauración; se trata primordialmente de mejorar la calidad de vida en esta etapa del ciclo vital, haciéndola agradable y a la vez productiva. Por consiguiente, la calidad de vida para las personas adultas mayores significa participar en actividades estimulantes, que a la vez sean creativas y proporcionen significado.

La descripción anterior demuestra que las actividades recreativas tienen un alto impacto sobre la calidad de vida de la persona adulta mayor, promulgándose como una de las herramientas esenciales para el logro de un envejecimiento activo. Este término, de acuerdo a lo descrito por Mauk (2008) comenzó a ser difundido por la OMS alrededor de la década de 1990 con el fin de integrar otros factores asociados a un envejecimiento saludable, ya que toma en cuenta los derechos humanos de las personas mayores de independencia, participación, dignidad, cuidado y autosatisfacción. Esta misma autora destaca que los beneficios de un envejecimiento activo se reflejan en la disminución de las disfunciones causadas por enfermedades, así como también propicia una mayor intervención en el ámbito social, económico y cultural.

La actividad física por su parte, es otro de los aspectos que se puede fomentar por medio de actividades recreativas. Para Davis et al., citado por López (s.f.), la actividad física se define como cualquier movimiento corporal, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal y que permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea.

4.6.1. PERFIL SOBRE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

FIGURA N°8: PERFIL DE ACTIVIDADES COTIDIANAS.



4.6.1.1. ACTIVIDADES RECREATIVAS: MENTALES Y FÍSICAS

En la última, década investigaciones han puesto de relieve la relación entre la actividad física enérgica y regular y el envejecimiento competente; asimismo, están ampliamente demostrados los beneficios del ejercicio físico sobre la salud física y mental (Regato, 2003).

Hoy en día, en la mayoría de la población adulta mayor se observa con frecuencia el sedentarismo (acompañado a largo plazo de enfermedades coronarias y metabólicas), el estrés, que desencadena trastornos psicológicos (ansiedad, sueño, trastornos en la conducta alimentaria), la mal nutrición (diabetes, anemia), el exceso de consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de sustancias psicoactivas; sumado a lo anterior, entornos parcial o totalmente nocivos, donde la violencia intrafamiliar y social, determina negativamente el fomento de estilos de vida saludables, ya que aunque se promueva en las personas una cultura de promoción de la salud, en algunas ocasiones, éstas no tienen las oportunidades económicas, sociales y educativas necesarias para llevar a cabo esta conducta (De Vincezi y Tudescola, 2009).

De acuerdo con las entrevistas y los grupos focales realizados, las actividades que realizan las personas adultas mayores, con más frecuencia son las actividades físicas como el baile o actividades mentales como la participación en bingos, mientras que otros dan a conocer que el sedentarismo está presente en su vida, puesto que no hacen actividades físicas ni mentales, ya sea por tiempo o porque no son de su agrado.

“... **Los bingos si me gustan...**” (M-BCB, 80ª EP).

“... **A mí no me gusta hacer nada...**” (M-RHP, 74ª GF).

“... **Uno tiene que hacer de todo, es muy lindo y precioso hacer ejercicio...**” (M-OBC, 74ª GF).

“... **En mi casa yo pongo discos y bailo y bailo, la gente dice que yo estoy loca pero eso es bueno para la salud...**” (M-OBC, 74ª GF).

Teniendo en cuenta la gran diversidad de actividades que pueden incluirse dentro de la categoría de ocio, diversos autores han tratado de clasificar estas actividades, Ikerketa (2009), menciona a varios autores, entre ellos a Beard y Ragheb (1980) que

deciden agruparlas en seis categorías: mass media (ver televisión o leer un periódico); actividades culturales (teatro, conciertos, danza, etc.); actividades deportivas; actividades al aire libre (camping, jardinería, caza, etc.); actividades sociales (visitas a amigos, fiestas, etc.), y hobbies o pasatiempos (fotografía, pintura, coleccionismo, etc.). Mientras que otros autores como Overs, Taylor, Cassell y Chernov (1977) las agruparon cualitativamente en nueve categorías: juegos, educación y entretenimiento cultural, deportes, naturaleza, arte, coleccionismo, artesanía, voluntariado y participación en organizaciones. Por otra parte, Kelly y Steinkamp (1987) utilizaron ocho categorías: culturales, viajes, actividades relacionadas con la casa, ejercicio físico, familia, actividades fuera de casa, comunitarias y sociales. Por último, Stones y Kozma (1986) optaron por clasificarlas en función del contexto en el que se realizaran, lo que les llevó a considerar cuatro grandes entornos de actividad en las personas mayores: implicación con la familia, actividades solitarias, implicación con la comunidad y actividad relativa al hogar.

Según refiere la Organización Mundial de la Salud desde 1959, se define que la mejor forma de medir la salud en las personas adultas mayores en término de función, es el ejercicio físico para el mantenimiento y cuidado de la salud, un componente fundamental de un estilo de vida saludable para reducir la morbilidad y mortalidad, lo anterior es avalado por las personas adultas mayores con las siguientes frases:

“... En las mañanas caminamos todos los días, a las 5 de la mañana nos levantamos... a las 5 nos vamos a caminar, media horita porque ya el doctor no me deja más de media hora, antes caminábamos una hora...” (M-VBA, 69ª EP).

“... Hablamos que había que tener muchos cambios en la alimentación, se cocina aquí para todos, menos azúcar, menos sal, que la grasa... entonces en realidad lo vimos como le digo, como beneficios familiar, si... eso también me ayudó a mí a como le digo en la alimentación, a cambiar también, porque yo no llevaba así muy buena la alimentación...” (M-GSS, 66ª EP).

“... Yo estoy metida en el voleibol y en el futbol salón y no, no siento y en las caminatas que a veces son 2 kilómetros, 2 kilómetros y medio depende la distancia que las hagan yo las hago todo el tiempo, pero digamos yo no siento que me den desgaste físico, lo normal... diay no solo cuando veo mucho tele es que a veces yo me desvelo entonces pongo una película o algo y me canso y me duermo...” (M-CCC, 69ª EP).

Varios autores concuerdan en que la práctica de actividad física regular es una de las prioridades en la edad de la persona adulta mayor, como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas; existe también mejora del auto-concepto, auto-estima, imagen corporal y disminución del estrés, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización. En la persona adulta mayor la razón fundamental que lo motiva a realizar ejercicios es la sensación de satisfacción que provoca la misma práctica el ejercicio físico.

4.6.1.2. RAZONES O EXPLICACIONES A DICHAS ACTIVIDADES

El envejecimiento en muchas ocasiones se asocia con una desvinculación social y afectiva, lo que conlleva a que el aislamiento y la ausencia de relaciones sociales constituyan factores predictores de enfermedad y dependencia. Por tanto, mantener una amplia red de apoyo social es un buen predictor de longevidad. Llevar una vida activa, más allá del ocio y de llenar el tiempo libre mediante la recreación y la actividad, realizando acciones de voluntariado o participando como transmisores de experiencias, cultura y valores, es fundamental para mejorar la autoestima, tener sentimientos de pertenencia y utilidad y, por tanto, tener una vejez exitosa (Regato, 2003).

“... Más que todo yo creo que es como el de dar el ejemplo, para los más jóvenes, para que hagan las cosas bien, aunque ya la gente no le toma opinión a uno, pero que uno por la experiencia y por la vida sabe más...” (H-MSV, 70ª EP).

“... Day cooperar, al mismo tiempo nosotros estamos en movimiento, con ideas nuevas hasta no sólo físicamente sino mentalmente nos ayudan demasiado, que vaya a usted que consiga que hable con fulano que corra para allá que corra para acá que busque una mesa, todo eso, es pura salud, estamos activos, estamos en la jugada, eso nos enriquece...” (M-VBA, 69ª EP).

La implementación de las actividades recreativas, pueden ser de diferente índole y estar enfocadas hacia la estimulación de distintas áreas, así por ejemplo, se ha visto que la música le permite a la persona expresar y comunicar sus sentimientos. Actividades como el baile propician el fortalecimiento y mejoramiento del equilibrio y la

marcha así como mejorar la capacidad muscular además del estado de ánimo. Igualmente existe otra serie de actividades que pueden estimular mediante el juego aspectos cognitivos como la memoria, la atención y la autoestima.

4.7. CATEGORÍA: NECESIDADES E INTERESES DE LOS ADULTOS MAYORES

La vejez forma parte de una construcción discursiva sobre la cultura, la sociedad, las biografías, como parte de ello diversos autores proponen pensar el desarrollo del concepto sobre el modo de participar en el mundo, tomando la perspectiva hermenéutica en salud, es decir que para conocer las acciones en salud es necesario participar de los procesos del lenguaje que las movilizan. De este modo, entender las construcciones discursivas como diálogo entre sujetos, permite explorar las interacciones y conocer las acciones y prácticas en este caso, que se despliegan en torno a las personas adultas mayores (Rodríguez y Comez, 2010).

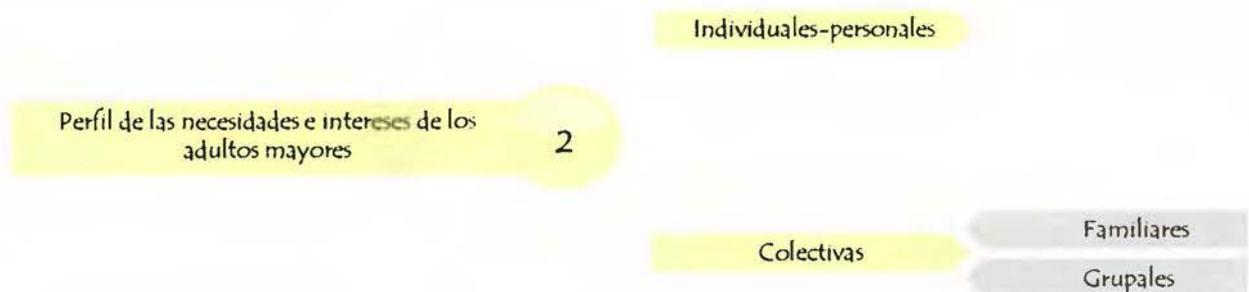
Las acciones en salud, saberes y prácticas, desplegadas pueden ser comprendidas y dialogadas desde los aspectos culturales y sociales, desde los sentidos que las movilizan, por lo que conocer cuáles son las expectativas, necesidades, valores y supuestos que poseen las personas adultas mayores en ese cotidiano, para establecer una relación en la que los conocimientos tanto técnicos como prácticos se entrelacen. Es por eso que no solo se trata de mejorar la detección de situaciones de riesgo y de ayuda en las actividades de la vida diaria a una persona adulta mayor, sino poder conocer y trabajar con la relación singular que se establece en ese vínculo.

Según Mauk (2008), quien expone que las teorías psicológicas del envejecimiento intentan explicar el proceso de envejecimiento tomando como base los procesos mentales, emociones, actitudes, motivación y desarrollo de la personalidad; entre estas teorías él menciona las más sobresalientes.

- Necesidades humanas: desarrollada por Maslow en 1954, propone que la conducta humana está motivada por una jerarquía de cinco necesidades: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, autoestima y realización personal, que se pueden evidenciar claramente en la mayoría de las personas adultas mayores. No obstante, es claro que los determinantes biológicos, económicos, sociales y ambientales influyen en la consecución de las necesidades planteadas por este autor.
- Optimización selectiva con comprensión: desarrollada por Baltes en 1987, se basa en el concepto de vejez satisfactoria, y en la individualidad de cada persona. Esto lo que señala es que cada persona al tener limitaciones, se torna más selectiva en el rol que desempeña y en las actividades que realiza, procurando las que se les sean más satisfactorias.
- Desarrollo de las fases de la personalidad: desarrollada por Erikson en 1963, esta teoría se divide en 8 fases secuenciales en cada una de las cuales la persona enfrenta una tarea propia de la etapa vital que atraviesa.

4.7.1. PERFIL DE NECESIDADES E INTERESES

FIGURA N°9: PERFIL DE NECESIDADES E INTERESES.



4.7.1.1. INDIVIDUALES O PERSONALES

Tomando como referencia, la teoría de Maslow (1954), en la que expresa que las necesidades humanas se presentan de forma jerarquizada; es decir, solo cuando las más elementales están satisfechas puede ascenderse a la siguiente. Tales necesidades las representa en forma de pirámide, mencionando las necesidades fisiológicas y psíquicas elementales, donde el punto de partida en la atención a las personas adultas mayores será, el trabajo material dirigido a satisfacer las necesidades elementales (Del Valle, 2012).

Para abordar las necesidades individuales o personales que expresan las personas adultas mayores, las mismas hacen referencia a:

“... Bueno al menos, hacer caminatas, es bueno, que a menudo, que cada mes, uno organice un evento, donde nos encontremos muchas personas y compartamos, ya sea para conversar, para jugar, eso ayuda a la mente, cambiar de ambiente... no sé, como tal vez hacer manualidades, y estar entretenido haciendo cositas, se comparte, y están sus manos ocupadas...” (M-GSS, 66ª EP).

En cuanto a las necesidades de estima, se ha comprobado que la calidad de vida, depende mucho del propio nivel de confianza o de falta de estima, ya que las personas adultas mayores tienen la necesidad de reconocidas, apreciadas y afirmadas en el ámbito familiar, social o profesional.

“... Bueno tal vez el tema de que seamos bien tratados, el adulto mayor, que sea bien tratado en la comunidad o donde usted vaya, que nos traten bien, que no nos digan espérense o que llegaron tarde y que vaya para allá, que no es aquí, que nos traten bien verdad es, que seamos bien tratados, el tema del trato... tal vez el tema para alimentación, una buena alimentación, que nos eduquen en eso, porque no sabemos comer nosotros... la medicina también, porque hay gente que bueno vamos al seguro porque estamos enfermamos, llegamos y no nos tomamos la medicina, que hayan personas que le digan a uno que hay que hacer, que nos eduquen en eso...” (M-GSS, 66ª EP).

Al abordar las necesidades sociales de afecto e identificación, la mayor parte de las personas, nacemos en el contexto de una familia, a la que inicialmente, nos

sentimos queridas y acogidas. Más tarde el círculo de los afectos y de las pertenencias se dilata para incluir a las redes sociales existentes.

“... Bueno reuniones, reunirnos para hablar del problema o lo que queremos... Hacer reuniones, hacer un grupo de personas, verdad y hablar del tema y buscar la solución, buscar personas que se encarguen...” (M-GSS, 66ª EP).

4.7.1.2. COLECTIVAS, FAMILIARES O GRUPALES

Una vez cubiertas ciertas necesidades básicas, hay que plantearse otras, como las relaciones de cada persona con los demás, así como su grado de autoestima; el cuidado de una persona mayor dependiente tiene un carácter procesual, es decir, es un trabajo que se realiza y evoluciona a lo largo del tiempo; mientras que cuando una persona está enferma, es muy importante que se sienta bien atendida, pero también comprendida y querida, ya que para la persona adulta mayor es esencial la escucha activa.

“... Ya nosotros a la edad necesitamos una salud que sea tranquila que sea sana, no estar uno tan preocupado, tan estresado, con tanta preocupación tanto que debe uno, es que ese es un estrés tremendo, entonces como tener uno una vejez digna, eso es lo que dice la presidenta...” (H-MSV, 70ª EP).

Por otra parte, las necesidades de seguridad, guardan relación con la conservación, el mantenimiento del orden, la protección, la ausencia de peligro, la previsibilidad del futuro y la estabilidad; de ahí que muchas personas, deseen la existencia de instituciones estructuradas, donde se les ofrezca protección y estabilidad, entre las condiciones importantes para favorecer la seguridad se incluye una relación de confianza con el personal de salud y un ambiente que promueva la dignidad humana.

“... Ya para un envejecimiento digno, la clínica que lo atiendan bien a uno, no que le den solo la pastillita para el dolor, la acetaminofén y la motrin, y váyase ya para la casa, no, que me traten bien que me digan usted tiene esto y esto...” (H-MSV, 70ª GF).

En definitiva, se debe tener en cuenta la variedad de necesidades que experimentan las personas adultas mayores, y trabajar las mismas de acuerdo a la visión de las personas adultas mayores, contemplando que las mismas necesitan sentirse protegidas, comprendidas, valoradas y amadas.

4.8. CATEGORÍA: POSIBLES OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS DE UNA ESTRATEGIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es una estrategia para mantener en las personas adultas mayores su funcionalidad y disminuir su dependencia y, por lo tanto disminuir la probabilidad de ingresar a una institución o aumentar las tasas de mortalidad, como lo muestran muchas investigaciones geriátricas (Elder, 1994 citado por Arechabala, 2007). La promoción de salud involucra a tres actores: los usuarios, en este caso, las personas adultas mayores, los proveedores de salud y la comunidad.

El trabajo orientado a prevenir y fomentar el desarrollo o fortalecimiento de competencias, la implementación de estrategias que promuevan capacidades, optimicen y liberen potencialidades así como la propuesta de actividades interesantes y significativas que motiven el aprendizaje son algunas líneas a desarrollar en el corto plazo en el trabajo con personas mayores, en este sentido y desde una perspectiva orientada a promover el desarrollo del potencial humano a lo largo de toda la vida (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Diez, Montero y Schettini, 2010).

La promoción en salud es la modificación de las conductas humanas y situaciones del ambiente, o sea, no se puede modificar la conducta de la persona adulta mayor sin considerar su entorno; esta promoción se manifiesta a través de acciones que directa o indirectamente promueven la salud y previenen la enfermedad (Arechabala, 2007).

Las personas adultas mayores son receptivas a las actividades de promoción de la salud, porque quieren tener buena calidad de vida y ser independientes; todas las

actividades de promoción de la salud dirigidas a ellos son efectivas cuando se detectan tempranamente los problemas, pero no sirven cuando hay problemas de dependencia. Los programas de promoción de salud en las personas adultas mayores tienen múltiples beneficios, como: incrementar la actividad física; el autocuidado y la independencia; así mismo aumentan los contactos sociales y previenen uno de los síndromes geriátricos y disminuyen la institucionalización. La principal barrera para la promoción de salud es la estructura del servicio de salud a nivel de atención primaria, donde se exige cumplir coberturas y metas en la población asignada, de modo que la estructura no siempre permite disponer de los tiempos, espacios y actividades necesarias. La otra barrera es el tiempo de los profesionales (Arechabala, 2007).

4.8.1. PERFIL DE POSIBLES OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS

FIGURA N°10: PERFIL DE POSIBLES OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS.



4.8.1.1. SALUD INTEGRAL

El objetivo de la asistencia a las personas adultas mayores, está centrado en una atención integral y continuada de su salud que va desde la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, con el propósito universal de mejorar

su calidad de vida, término que en el caso de las personas mayores, está íntimamente relacionado con su capacidad funcional

La meta principal de los programas de prevención en las personas adultas mayores debe ser tratar de mantener y mejorar su calidad de vida, previniendo la aparición de enfermedades físicas y mentales y sus secuelas, manteniendo un grado de autonomía tal que les permita la integración social en su medio. La meta es prevenir la declinación, la fragilidad y la dependencia evitable (Prado y Petidier, 2001; Mehr y Tatum, 2002).

Las personas mayores que se sienten enfermas o débiles, o simplemente no se sienten capaces de realizar determinada actividad, se convierten en demandantes de cuidados independientemente del diagnóstico médico de su estado o de sus limitaciones físicas objetivas. Se encuentra, por tanto, una muy fuerte relación entre la autopercepción del estado de salud y la dependencia; se puede decir incluso que la propia percepción de la salud determina más la dependencia que el propio diagnóstico médico. Existe una gran relación entre “cómo se siente” una persona y lo que esa persona hace; por ello, lo que las personas perciben como estado de salud refleja mucho más que el estado físico actual, en él también pesan factores sociales, económicos, del entorno, etc. De hecho, el estado de salud es un indicador con fuertes componentes sociales (Ikerketa, 2009).

Los usuarios de los servicios de salud, especialmente los de edad avanzada, deben ser habilitados y dotados de la capacidad para permanecer activos, productivos e independientes en sus propias comunidades por el mayor tiempo posible. Como objetivo general, los “principios generales” ayudan a las personas adultas mayores a lograr un envejecimiento activo (Hoskins, Kalache y Mende, 2005).

4.8.1.2. PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN

Un objetivo clave en cuanto la participación y la inclusión es hallar las maneras y los medios de aprovechar el potencial de las personas adultas mayores como una base para el desarrollo futuro de las sociedades. La integración continua de las personas mayores en sus comunidades es esencial, se necesitan iniciativas para promover

intercambios mutuos y productivos entre las generaciones, centrándose en la persona adulta mayor como un recurso (Helpage Internacional, 2001).

Para la persona adulta mayor es tan importante recibir ayuda de su familia como brindarla, sentirse reconocido y querido; el bienestar que generan las relaciones sociales se debe sobre todo a los diferentes apoyos que posibilitan. La situación de proporcionar y recibir cuidados es constante a lo largo del ciclo vital de las personas. La familia puede ser fuente de apoyo tangible, informacional, y emocional, por tanto cualquier alejamiento de sus parientes puede ser motivo de soledad y abandono (Martínez, 2003).

La participación, consiste en promover la organización de los individuos en torno de sus intereses y crear condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos, hacer alianzas o determinar políticas públicas. En el caso de las personas mayores, la autorrealización personal implica un papel más activo en los asuntos públicos, defendiendo sus demandas en el acceso equitativo a oportunidades de empleo y ocupar espacios centrales antes que marginales en la sociedad (Hadid, 2008).

Stumbo y Paterson (2003), exponen un modelo teórico sobre programas recreativos, y realizan una clasificación de las personas mayores, esta se basa fundamentalmente en el análisis de dos variables. Por un lado la importancia del compromiso o la implicación de las personas para con la actividad que realizan (entendiendo tal como la posibilidad de organizar, planificar y/o gestionar la consecución de dichas actividades), mientras que por otro lado se valora el grado de estructuración de dicha actividad (o lo que es lo mismo, las necesidades de planificación o improvisación intrínseca a dicha actividad). Existe una relación directa y positiva entre ambas variables y la participación, así a mayor implicación personal y mayor grado de estructuración de la actividad mayor participación, y viceversa.

Por tanto, en base a este modelo se establecerán tres tipos de participación: en el primer escalón de participación en actividades de ocio se encuentran aquellas personas que realizan una participación básica. Quienes componen este grupo son aquellas personas que, por lo general, realizan actividades que requieren poca

organización y planificación previa y que, por tanto, se pueden clasificar como actividades con un carácter altamente improvisado.

Debido a esta naturaleza más espontánea tampoco se requiere apenas de personas que gestionen su consecución. De manera general, entre las personas mayores que componen este grupo no hay un alto compromiso ni con la actividad ni con las personas que realizan dicha actividad. Algunos ejemplos de actividades que entran dentro de este grupo son leer el periódico/revistas, ver la televisión, jugar a cartas, oír la radio, entre otras.

Tras este grupo y en un segundo nivel de participación se sitúan las personas que llevan a cabo una participación reactiva. A diferencia del caso anterior, las actividades que realizan estas personas exigen una mayor planificación y organización previa (por ejemplo concretar fechas, reunir a un grupo de personas, alquilar material), sin embargo, estas personas no son las encargadas de realizar estas gestiones. En este sentido se trata de delegar en terceras personas el papel de representar, defender o hablar por un grupo de personas. El compromiso que resulta de esta participación está más ligado a la actividad que a la propia organización que la promueve, por lo que en cierta medida son "activistas". Un ejemplo de personas mayores que participan reactivamente son aquellas que acuden a las salidas y excursiones, comidas y cursos que se ofertan desde los clubes y asociaciones de personas mayores.

En la instancia más alta de participación se encuentran quienes ejercen una participación proactiva. Estas personas participan en actividades de carácter más estructurado y que requieren de una mayor planificación. Pero además, y a diferencia de los otros grupos de participación, son estas mismas personas las que se encargan de la organización y/o gestión de dichas actividades. La implicación personal, por tanto de estas personas para con la organización es considerablemente más alta ya que entre quienes participan proactivamente existe un sentimiento de pertenencia a un grupo así como una identificación con los fines y objetivos de la organización. Se podría decir que en este caso la participación es un proyecto de vida y no se centra en el desarrollo de una actividad. Así, por ejemplo, las personas que componen la junta directiva de una asociación de personas adultas mayores entrarían dentro de este grupo.

El interés por participar no sólo permite a las personas mayores romper con la monotonía de la vida rural, salir de casa y conectarse con el mundo exterior, sino que además facilita tomar conciencia de los problemas que les afectan como personas mayores y les abre los ojos sobre posibles acciones a realizar, fomentando las relaciones sociales, potenciando la prevención y promocionando la salud, es decir, en pocas palabras promoviendo el envejecimiento activo (Monreal y Valle, 2010).

4.8.1.3. SEGURIDAD

En la recepción del apoyo social de la persona adulta mayor resulta imprescindible partir de un análisis integracional a lo largo del ciclo vital. Algunos autores confirman que la persona adulta mayor durante su vida crea o genera una cantidad de apoyo similar al que ha previsto con anterioridad y que se ha denominado "Banco de apoyo". Los terapeutas cognitivos Mckay et al. (1984) citados por Vega (1990) opinan lo contrario, pues afirman que aunque no parezca justo en la vida no se recibe una proporción de ayuda similar a la que brindó.

Existen dos formas de analizar el apoyo social, la estructural centrada en los aspectos estructurales y formales de las redes y la funcional dirigida a los aspectos referentes a la calidad e incluye la valoración subjetiva de las personas, su percepción y grado de satisfacción con el apoyo recibido. Los aspectos estructurales de la integración social incluyen la cantidad de contactos con la familia, los amigos y la comunidad, así como la participación activa en grupos formales e informales; el tamaño y densidad de la red pueden analizarse tanto a nivel grupal como comunitario y tributa a estudios epidemiológicos y sociales (Roca y Pérez, 1999).

La red de apoyo formal facilita el establecimiento de relaciones de ayuda a través de instituciones u organismos de grupos humanitarios y hogares de las personas adultas mayores, casas de abuelos, círculos de abuelos; iglesias entre otros. La red de apoyo informal está constituida por aquellas personas cercanas a la persona adulta mayor; familiares, cónyuge y amigos fundamentalmente, a pesar de los grandes esfuerzos que los gobiernos realizan para que la persona adulta mayor reciba apoyo, la familia continua ocupando el primer lugar como fuente de amor y confianza para la

persona adulta mayor. Cuando las personas adultas mayores necesitan apoyo social lo reciben en general en este orden del cónyuge, un hijo, otros familiares. Amigos y vecinos suelen dar apoyo afectivo y compañía. Los hijos son los que proporcionan más apoyo instrumental como los cuidados de atención personal y doméstica, realizando estas tareas por más tiempo.

4.8.1.4. FUNCIONALIDAD

La satisfacción del individuo con su desempeño en las diferentes relaciones sociales que establece constituye un impulso determinante para la salud, el bienestar psicológico y para lograr un sentimiento de satisfacción por la vida. Antonucci y Jackson (1990) desarrollaron la idea del convoy a lo largo del desarrollo vital; es decir la persona está integrada a grupos específicos de personas que la ayudan y permiten transitar a través del tiempo. Dentro de este grupo las relaciones más estables y permanentes son las referidas al área familiar, así el niño pequeño, por ejemplo tiene (o debe tener) a su disposición, el apoyo y el cuidado de sus familiares de manera incondicional; durante la juventud y la adultez, ya el individuo es responsable en muchas circunstancias, de la calidad y cantidad del apoyo recibido, así como de la funcionabilidad de sus redes sociales, la vejez por otra parte constituye una etapa especial donde numerosos cambios ocurren rápidamente en la vida, se considera por tanto que al igual que en la niñez la persona adulta mayor es por excelencia un receptor de apoyo social, sin embargo esta afirmación no se puede absolutizar, pues todo individuo a la vez que receptor puede ser un proveedor de apoyo social.

4.8.1.5. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Los estilos de vida se contextualizan social y culturalmente y sólo pueden hacerse inteligibles en el marco de la historia individual y colectiva de los procesos de la salud y la enfermedad. En esta dimensión, los estilos individuales de vivir la vida se alimentan de las condiciones bajo las cuales se vive, en un grupo, en una sociedad, en un momento de la historia (Duncan, 1986).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación y vestuario. En lo social, según las formas y estructuras sociales: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones y en el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida (Anzola, Morales, Salas y Sánchez, 1994). Los estilos de vida incluyen la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar y la salud, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En el plano personal y psicosocial se pueden mencionar algunos indicadores: tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción; mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad; mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender; brindar afecto y mantener la integración social y familiar; tener satisfacción con la vida; una vida afectiva y sexual satisfactoria; promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación; capacidad de auto cuidado; ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio; comunicación y participación a nivel familiar y social; participar en programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, seguridad económica, entre otros (Engler, 2002).

4.8.1.6. CALIDAD DE VIDA

Una persona puede llegar a los setenta años o más sin disminuir su calidad de vida, aunque padezca de alguna enfermedad, ya que su calidad de vida estará muy relacionada con su autonomía, su capacidad de valerse y de no depender de otros.

En las discusiones referentes al concepto de calidad de vida convergen puntos de vista teóricos, filosóficos y políticos, como concepto de política social tienen un carácter de categoría simbólica y auxiliar que abarca diferentes necesidades de grupo, tiene un componente objetivo y otro subjetivo, el aspecto objetivo significa las posibilidades de utilización del potencial intelectual, emocional y creador del hombre dependiendo de cada individuo y de las condiciones sociales (Cartaya, 2005). Este

autor señala además, que el aspecto subjetivo está dado por la mayor satisfacción de los individuos, por el grado de realización de sus aspiraciones sociales, se destaca el término, no en factores conjugados con los subjetivos si no que utilizan solo el enfoque de calificación subjetiva del individuo o del grupo social.

La calidad de vida es una categoría fisiológica que expresa las características cualitativas de la vida, mide la diferencia del nivel de vida, es decir, el grado en que se satisfacen las demandas de carácter más complejas que no pueden cuantificarse, algunos de los indicadores propios de esta categoría incorpora entre otros el contenido del trabajo y el descanso, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y el entorno en general, el nivel de funcionamiento de las instituciones sociales, entre otras.

Se debe además tener en cuenta que la esperanza de vida depende del estilo de vida que se lleve a lo largo de la misma, por lo que no es únicamente sinónima de duración sino también de su calidad, por esto su esencia se centra en el cómo se envejece y no a los años a los que se llega (Lerh, 1996).

Esta categoría se construyó a partir de la experiencia generada por medio de las entrevistas a profundidad y los grupos focales realizados, además de lo expuesto por las personas adultas mayores en las distintas categorías, sin embargo las dinámicas y lo expresado por las personas adultas mayores no permitieron tener suficiente información y expresiones para ser analizadas. Sin embargo, se desprende al consultar sobre si las personas adultas mayores se preocupan por su propia salud y sobre cuáles son los hábitos más predominantes en las mismas, se obtuvo como respuesta:

“... Porque también se alimentan muy mal, porque aquí en esta zona comen mucho chicharon, mucha grasa, no consumen agua, usted sabe en estos lugares, que ellas no, esos son, no tienen una secuencia así como formal, como de salud...” (M-VBA, 69ª EP).

“... Ya deje de deber licor... el alcohol es la plataforma para caer, ahí empieza todo... Yo todavía fumo, y me cuesta dejarlo, es una majadería con el “hijueputa” cigarro...” (H-MSV, 69ª EP).

“... Casi no, porque uno vive con mucho problema, que a veces por lo que menos se preocupa es por la salud de uno...” (M-RMD, 68ª GF).

“... Y es que eso depende también de la vida que lleve uno, porque los vicios dañan la salud de muchos...” (H- HCHB, 73ª GF).

“...Bueno yo pienso que como actividades me parece muy acertado que fuera de salud, de alimentación, de esto de buscar grupos de apoyo, que no se queden en la casa, que en la calle hay muchos grupos de apoyo...”
(M-VBA, 69ª EP).

“... Las charlas, de lo que sea, porque a ellas les van charlas, yo les digo, vienen a darles una charla, y están felices todas llegan, les gusta mucho, les gusta mucho escuchar, y yo creo que si algo queda, y las charlas por ejemplo que han dado ahí en la red de cuidado, han sido muy buenas, y esas que hacemos con las odontólogas en las escuelas es muy buena... pero entonces casi siempre generalmente solo participan los mismos...”
(M-VBA, 69ª EP).

Las prácticas de cuidado están mediadas por la singularidad de cada uno, desde esta perspectiva, la cultura, los valores, las creencias, los saberes previos sobre el cuidado se despliegan en las personas. Repensar los saberes y prácticas sobre el cuidado para diseñar estrategias que contengan prácticas de cuidado que por un lado puedan desmitificar comportamientos y características atribuidos a la vejez y por el otro permitan formular un espacio de reflexión sobre las necesidades, el reconocimiento de su rol en la salud y el análisis de los aspectos subjetivos que se establecen entre la persona adulta mayor y los aspectos culturales, sociales y económicos (Franco y Merhy, 2011).

CAPÍTULO V: DISEÑO DE ESTRATEGIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Como resultado de los esfuerzos y encuentros descritos en el capítulo anterior, en los cuales se perfila una descripción de las características bio-psicosociales, culturales, educativas, cognitivas y económicas de las personas adultas mayores del Cantón de Parrita, se elabora esta estrategia de promoción de la salud, direccionada al fomento del envejecimiento activo de las personas adultas mayores en su vida, tanto individual y social, la salud, la educación y la corresponsabilidad compartida entre individuos, comunidades e instituciones frente a la toma de decisiones que involucran un cambio positivo y satisfactorio para con su salud.

Como consecuencia de estos esfuerzos, se hace visible la importancia de generar mecanismos que permitan a las personas adultas mayores ser responsables de su salud, de su calidad de vida y de la toma de decisiones concernientes a su persona, rompiendo de esta manera el esquema de los modelos asistencialistas de la salud, generando relaciones horizontales entre el accionar del sector salud y los beneficiarios directos e indirectos de esas acciones dentro de la sociedad, es decir que la estrategia se centra en una transformación del paradigma de intervención en salud de, con y para las personas adultas mayores.

A partir del estudio realizado en la revisión, el análisis de los hallazgos y su vinculación con otra serie de documentos, programas, orientaciones metodológicas, estrategias de salud, y los resultados de la investigación y su problemática, es que se permite estructurar la siguiente estrategia.

5.1. POSICIONAMIENTO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA

Previo al diseño de la estrategia, resulta conveniente clarificar el posicionamiento que tiene la misma, en cuanto a algunos referentes contextuales, que le son transversales. En este sentido, se abordaran dos términos vinculados a una postura clara y específica de los conceptos centrales del diseño, los cuales corresponden a la concepción terminológica de estrategia y su relación con la promoción de la salud.

Para ello, al abordar el término de estrategia, se visualiza su comprensión como un plan que especifica una serie de pasos, procesos o momentos metodológicos centrales, que tienen como fin último la consecución de un determinado objetivo, en este sentido la estrategia dará cuenta de la forma de aplicar conocimientos, actitudes y prácticas a una situación concreta, es decir, hará referencia a una acción específica fundada en la promoción de la salud con una estrategia que se vincula como el medio para obtener un resultado: el fomento del envejecimiento activo.

De acuerdo con lo anterior, esta investigación y el diseño de esta estrategia concibe la promoción de la salud como:

“Un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla; en esta tarea se busca lograr un proceso paulatino de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno”.

Modificación propia a partir de Abordaje de Promoción de la Salud en el Gobierno de Perú (2003).

La elección de esta definición radica en el reconocimiento de las personas en su carácter multidimensional, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecológicas, donde los abordajes que se desprendan de ella, tendrán como punto de partida la población, con y hacia la cual se dirigen las acciones de promoción de la salud, desarrollando habilidades personales y redes sociales que les permitan generar cambios y tener un mayor control sobre los determinantes que influyen en su salud.

Desde este punto de vista, la promoción de la salud surge como una nueva forma de enfocar la salud pública, a partir del trabajo interdisciplinario, con miras al desarrollo humano, en la cual se pretende generar una nueva concepción y producción social de la salud, que retome al ser desde la unidad, sin fragmentarlo, inmerso en un contexto espacial y temporal específico.

Para ello, la promoción de la salud se fundamenta y parte de los siguientes aspectos transversales para el diseño de la estrategia:

FIGURA N°11: FUNDAMENTOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.



Fuente: Elaboración propia.

5.1.1. DEFINIENDO LA ESTRATEGIA

La estrategia es entendida como un: “Plan general para el diseño de una “feria de promoción y desarrollo integral” que trascienda el enfoque actual de las “ferias de salud”, para que con base en la experiencia vivida se establezcan los mecanismos necesarios para potenciar espacios para la participación activa, plena y responsable de las personas adultas mayores de la comunidad, en coordinación con las diferentes instituciones presentes en esta, todo ello con el perfil de promoción de salud y envejecimiento activo, que se fundamenta en el paradigma de la salud y no en el de la enfermedad, apostando por la capacidad de resistencia y resiliencia de los individuos y la población, al abordar aspectos vinculados con la promoción y protección de la salud, el medio ambiente, la nutrición/alimentación saludable, la estimulación física y recreativa, psíquica y cognitiva, aspectos jurídicos, educativos y productivos, en el marco de la integración, participación e inclusión social, representado en la valorización y respeto de las capacidades, necesidades, intereses y deseos de las

personas adultas mayores y la comunidad en la que viven, siendo una estrategia continua e intergeneracional (a lo largo del ciclo de vida), integral (bio-psicosocial, cultural, educativa y económica), integrada (estructura institucional, jurídica y comunitaria), progresiva (etápica), interdisciplinar, situacional (contexto dinámico) e interinstitucional (corresponsabilidad)".

En este sentido, se visualiza el diseño de una estrategia de atención de, con y para las personas adultas mayores, que supone la organización de los contextos, las estructuras de atención, los servicios y apoyos diversos, comunitarios e institucionales (sanitarios, sociales, ambientales, comunitarios y espacios de participación, protección de derechos, entre otros).

Por ello, se propone que la estrategia aquí diseñada esté centrada en las personas adultas mayores, ya que a partir de ello, se promueve el envejecimiento activo, saludable y participativo, siendo a su vez una garantía de la atención integral, con cobertura universal, continua, progresiva y flexible, según cambian los contextos y las necesidades e intereses de las personas.

En esta tarea es importante, destacar la necesidad de que la estrategia sea implementada en un sistema y una estructura de responsabilidad compartida, lo que presume el compromiso de actores diversos, en los que se incluya a las propias personas adultas mayores (responsabilidad individual), las familias, los grupos comunitarios, efectores del sector privado y los gobiernos locales, para ello se ha de incluir progresivamente a estos actores, lo cual generará una sustentabilidad a la estrategia y su dinámica operativa, articulando sus respuestas a esta variedad de actores y recursos.

5.1.2. LA ESTRATEGIA Y SU VÍNCULO EN RED

La estrategia centra su accionar en la estructura de las redes de apoyo social de cuatro pilares:

FIGURA N°12: PILARES DE LA ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LAS REDES DE APOYO SOCIAL.



Fuente: Elaboración propia.

Lo anterior, a fin de promover el fortalecimiento de las estructuras comunitarias, así como la articulación con la institucionalidad, tanto pública como privada a nivel local, mediante los procesos organizativos de capacitación, sensibilización, concienciación, apoyo y seguimiento, para la elaboración del plan de ejecución de la feria que contempla la estrategia, con el abordaje de promoción integral de la salud de las personas adultas mayores, apropiados y adecuados a las posibilidades operativas de acuerdo al contexto del Cantón de Parrita.

Con ello se busca además facilitar las herramientas y los mecanismos necesarios, que les permitan impulsar las condiciones que favorezcan el envejecimiento digno y activo, que se traducirá en un abordaje más integral e integrado para dar respuesta oportuna a las demandas y necesidades de este grupo poblacional.

5.1.3. MARCO LEGAL, NORMATIVO Y DE ABORDAJE

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo, en el que se sustenta y garantiza la protección de los derechos a la salud y a la calidad de vida para la población adulta mayor.

Es así como en el año 1999, se crea la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N°7935, que propone un enfoque centrado en el reconocimiento de los derechos de las personas adultas mayores, con el propósito de garantizar una vejez con calidad, desde la igualdad de oportunidades, una vida digna, el fomento de su participación activa en la formulación y aplicación de las políticas que les afectan, así como la promoción de su permanencia en el núcleo familiar y comunitario, incentivando la organización y participación en sociedad, y en todos los ámbitos de su vida, así también el país cuenta con una Política y el Plan Estratégico Nacional de Vejez y Envejecimiento 2011-2021 del Ministerio de Salud.

En este sentido, se señala que pese a la existencia de este marco de Ley, es evidente que se requieren mayores esfuerzos para la aplicación y el cumplimiento de estos postulados, ya que esta población sigue presentando serias limitaciones para la protección y garantía de sus derechos (Cordero, 2012), lo anterior repercute en un serio rezago social y económico, y lo convierte en un grupo vulnerable y de riesgo.

Bajo este escenario, es que se plantea que esta estrategia se fundamente en los pilares fundamentales de la política y la ley nacional, siendo una estrategia congruente con el actual modelo conceptual y estratégico de la producción social salud, al potenciar el ejercicio de la ciudadanía y el respeto por los derechos de la persona adulta mayor.

Para ello, el diseño de esta estrategia toma como referente de abordaje la experiencia implementada y dirigida por el Dr. Juan Guillermo Ortiz, en apoyo de un equipo interdisciplinario del Hospital Sin Paredes de San Ramón de Alajuela en la Región de Occidente, misma que se sustenta en el fortalecimiento de los grupos organizados y la estructura institucional propia de cada contexto, con procesos y acciones centradas en la educación para la salud y el desarrollo comunitario, logrado mediante la implementación de "las semanas educativas", entendidas como un

espacio clave para dinamizar la participación social y comunitaria, desarrollando las capacidades locales y la inclusión social de la población, como sujeto de derechos; que les permite participar activamente, aportando en procesos de desarrollo individual y colectivo (Ibáñez, 1986).

5.2. INTENCIONALIDAD, BENEFICIOS Y COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

La estrategia de promoción de salud para la atención de la persona adulta mayor desde la cultura de salud comunitaria se estructura con base en la intencionalidad que toma en cuenta la visión, la misión, los objetivos, los propósitos, el principio orientador, los preceptos, así mismo abarca los beneficios de la misma desde seis marcos de acción, por último los componentes de la estrategia están direccionados desde las líneas estratégicas, los escenarios, los ejes, los elementos, los factores moduladores-protectores, los mecanismos y los enfoques, que se articulan de forma coherente, revelando su proyección personalizada y flexible. Los mismos se exponen a continuación:

CUADRO N°4: INTENCIONALIDAD DE LA ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Intencionalidad de la estrategia en Promoción de la Salud												
Visión		Objetivos			P r i n c i p i o O r i e n t a d o r							
Promover una sociedad en la que los individuos, las familias, y las comunidades puedan aspirar a alcanzar un envejecimiento activo y de desarrollo en salud, bienestar y autonomía, asumiendo la salud como una tarea de todos	General		Promover el envejecimiento activo de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, con respuestas articuladas del sector social, público y privado, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva de salud y el bienestar social, cultural, educativo-cognitivo y económico.									
	E s p e c i f i c o s	1	Facilitar procesos de organización, participación social y comunitaria que proporcionen las herramientas y los mecanismos requeridos para la construcción de espacios y procesos que propicien la participación e inclusión de la población adulta mayor.									
		2	Favorecer el desarrollo de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral como estrategia con, de y para las personas adultas mayores, con la coordinación y articulación entre la sociedad civil organizada, instituciones estatales, gobiernos locales y sector privado, en trabajo en red para una gestión más efectiva y de mayor impacto en sus acciones.									
		3	Promover el desarrollo de acciones integrales e integradas para la vejez en la elaboración, socialización y apoderamiento de la "metodología de feria de promoción y desarrollo integral" mediante la legitimación de la corresponsabilidad de los actores involucrados.									
Misión		Propósito			N i v e l e s							
Posicionar un marco de actuación estratégica para la promoción de la salud y el envejecimiento activo a lo largo del ciclo de vida, implicando activamente a los diversos sectores con participación de los individuos y la población en autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre su salud.		Implementar la feria de promoción y desarrollo integral como una estrategia de promoción de la salud, dirigidas a personas adultas mayores y la comunidad en general, orientado al fomento del envejecimiento activo, para la defensa y protección de los derechos en el contexto social y comunitario. Así como favorecer un envejecimiento activo y saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa e inclusiva, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en su hogar y en su comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.										
		P a r t i c i p a c i ó n		<table border="1"> <tr> <td>Querer</td> <td>Motivación</td> </tr> <tr> <td>Poder</td> <td>Capacidades, habilidades y vías que lo posibilitan</td> </tr> <tr> <td>Saber</td> <td>Conocimientos, métodos, técnicas</td> </tr> <tr> <td>Reconocimiento</td> <td>Valor social positivo</td> </tr> </table>	Querer	Motivación	Poder	Capacidades, habilidades y vías que lo posibilitan	Saber	Conocimientos, métodos, técnicas	Reconocimiento	Valor social positivo
Querer	Motivación											
Poder	Capacidades, habilidades y vías que lo posibilitan											
Saber	Conocimientos, métodos, técnicas											
Reconocimiento	Valor social positivo											

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, el diseño de la estrategia reconoce también los beneficios de la aplicación de la promoción de la salud en este abordaje, vinculado en el marco del envejecimiento activo, los cuales corresponden a:

FIGURA N°13: BENEFICIOS DE LA ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD.



Fuente: Elaboración propia.

A partir de esta caracterización y alcance de los beneficios de la promoción de la salud y el envejecimiento activo se redefinen, las concepciones de la salud y la enfermedad como el resultado de una compleja interacción que involucra las condiciones bio-psicosociales, culturales, educativas, políticas, económicas y geográficas, que caracterizan a cada sociedad, para ello la promoción de la salud complejiza el concepto actual de salud ampliando lo que significa realmente la salud, lo cual implica a su vez una reformulación práctica de lo mal llamado “atención integral”.

En este sentido, se propone una ruptura del binomio salud-enfermedad, siendo una estrategia que surge de la ineficacia del modelo médico, biomédico, asistencialista que no explica desde sus teorías y abordajes el paradigma de lo “saludable”, lo anterior justifica la promoción de la salud no como una práctica técnica sino como una práctica de conocimiento, en la cual a la luz de su praxis se crean sus propios marcos explicativos, sus propias problematizaciones y por ende sus propias puestas metodológicas y prácticas, bajo un enfoque multidisciplinar, dando sustento teórico y metodológico a los abordajes que se plantean.

Con base a ello, la promoción de la salud ha de ser vista más allá de una actividad técnica, siendo la estrategia que busca generar una cultura hacia el autocuidado individual, familiar y comunitario; por ende el campo de la promoción de la salud, representa un espacio para generar nuevas teorías y técnicas explicativas de la salud, asumiendo que la misma se desarrolla en escenarios complejos de vida, con procesos multifactoriales, sensibles al contexto heterogéneo y cambiante; donde el impacto y la efectividad de sus resultados finales es compleja de demostrar a corto y mediano plazo.

CUADRO N°5: COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Componentes de la estrategia Promoción de la Salud					
Realización personal	Independencia/autonomía	Dignidad	Participación	Integración e inclusión	
Entendida como las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, sus capacidades y habilidades, de acuerdo con sus preferencias personales	Referida al equilibrio entre el bienestar físico, intelectual, social, emocional, mental y espiritual, que permita a las personas adultas mayores desenvolverse por sí mismas.	Derecho a ser tratadas con respeto y consideración y verse libres de cualquier tipo de violencia física o mental.	Derecho a la participación plena, activa y responsable en la vida social, económica, política y cultural del país.	Derecho a permanecer integradas a su familia y a la comunidad, participando activamente en las decisiones que afectan su bienestar.	
Líneas estratégicas					
<ul style="list-style-type: none"> Coordinación y gobernanza Equidad en salud Reorientación de los servicios Intersectorialidad Apoderamiento Entornos saludables y seguros Participación-acción comunitaria 	E s c e n a r i o <ul style="list-style-type: none"> Individual Familiar Comunitario Ambiental Sanitario Empresarial-laboral Escolar 	E i s <ul style="list-style-type: none"> Alimentación saludable Salud Mental Actividad Física y Recreación Sexualidad Integral Derechos Participación e Integración Intergeneracional Social-Comunitaria Ingreso y empleo 	E l e m e n t o <ul style="list-style-type: none"> Fomentar y mantener hábitos adecuados de vida Practicar actividad física y ejercicio Cuidar la nutrición Mantener la mente activa Seguir aprendiendo Relacionarse Ser productivo 	F a c t o r e s F a c t o r e s <ul style="list-style-type: none"> Educación para la salud integral con énfasis en el autocuidado Estimulación del movimiento y la actividad física Promoción de espacios para la recreación Precursor de la estimulación cognitiva y educativa Promoción del conocimiento, ejercicio y defensa de los derechos Promoción de las manifestaciones artísticas, culturales y productivas 	
Mecanismos			Enfoques		
<i>Autocuidado</i>	Decisiones/acciones que una persona toma en beneficio de su propia salud.	<i>Ejecución</i>	<i>Transversal</i>	<i>Acción</i>	<i>Abordaje</i>
<i>Ayuda mutua</i>	Decisiones/acciones que una(s) persona(s) realizan para ayudarse unas a otras.	Participativo Sectores profesionales relacionados con salud, comité interinstitucional (Red de Apoyo), comité comunitario y consejo integral de personas adultas mayores.	a) El proceso de envejecimiento b) La calidad de vida c) La participación e inclusión social	Trabajo en red vista como una estructura social (personas, familias, grupos organizados de la comunidad no gubernamentales y estatales) a fin de promover acciones, intereses, planes y programas para el cuidado y satisfacción de las necesidades de las personas adultas mayores y la mejora en su calidad de vida, a través de respuestas diferenciadas según sus características y contexto, garantizando la acción intergeneracional y la corresponsabilidad social pública y privada.	a) Enfoque de Vulnerabilidad b) Enfoque de Exclusión social c) Enfoque de Satisfacción de necesidades básicas d) Enfoque positivo
<i>Escenarios/entornos saludables</i>	Creación de condiciones en el contexto inmediato (físico y social) que favorezcan a la salud.				

Fuente: Elaboración propia.

5.3. PROPUESTA METODOLÓGICA

FIGURA N°14: PROPUESTA METODOLÓGICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.



Fuente: Elaboración propia.

La propuesta metodológica contempla 3 etapas, resumidos en el siguiente diagrama:

FIGURA N°15: DESARROLLO DE LA PROPUESTA METODOLÓGICA DE LA ESTRATEGIA.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se describe la propuesta metodológica:

5.3.1. ETAPA I: TALLERES

Para la ejecución de la estrategia se sugiere el desarrollo de un proceso de capacitación, concienciación y sensibilización, que consista en orientar sobre el enfoque de promoción de la salud y el proceso de envejecimiento activo, la contextualización de la persona adulta mayor del Cantón de Parrita y la corresponsabilidad social (institucional y comunitaria). Para ello, se recomienda el uso de la modalidad de sesiones educativas distribuidas en 3 sesiones de acuerdo a las siguientes temáticas:

FIGURA N°16: TEMÁTICAS Y CONTENIDOS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS DE LA ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD.



Fuente: Elaboración propia.

5.3.2. ETAPA II: FERIAS DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL

Como resultado de los procesos de capacitación, se planificara y ejecutara “La Feria de Promoción y Desarrollo Integral”, a fin de promover los estilos de vida saludables, con el abordaje de situaciones relacionadas con sus condiciones y requisitos como: la salud, la vivienda, la educación, la alimentación, el ambiente, el ecosistema, los recursos sostenibles, los derechos, la inclusión social y la equidad.

Lo anterior, la convierte en un proceso social, orientado a acciones tendientes a fortalecer las habilidades y capacidades locales colectivas e individuales, con el fin de mitigar las condiciones sociales, ambientales y económicas desfavorables, que tienen un impacto negativo en la salud pública e individual.

Dicha feria, es empleada como la estrategia para la promoción de la salud, puesto que promueve un cambio de enfoque del abordaje de las necesidades y demandas,

por un enfoque integral e integrado, mediante la aplicación de estrategias, técnicas y metodologías participativas, constructivistas, creativas e innovadoras.

Además, se sustenta en la participación plena de la población, y el protagonismo de sus organizaciones y líderes, en todas las diferentes etapas del proceso: identificación, construcción, desarrollo y evaluación, posibilitando el ejercicio del derecho a la participación como sujetos de desarrollo a nivel de planificación, ejecución, control, y seguimiento, en el marco de un enfoque de derechos, participación social y comunitaria, inclusión y equidad, construcción y corresponsabilidad social.

Es así, como se pretende generar una articulación para el fortalecimiento de la estructura organizativa de la sociedad tanto institucional como comunitaria, en materia de vejez y envejecimiento, y el apoderamiento de las mismas, que se traduzca en una acción integral en temas relacionados con el bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores del Cantón de Parrita.

La Feria de Promoción y Desarrollo Integral se compone de 2 actividades globales:

FIGURA N°17: ACTIVIDADES GLOBALES DE LA FERIA DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL.



Fuente: Elaboración propia.

5.3.3. ETAPA III: EVALUACIÓN Y POSICIONAMIENTO

Consiste en la socialización y posicionamiento de los procesos de la estrategia de Feria de Promoción y Desarrollo Integral, sus productos y sus resultados. Para ello, se sugiere la utilización de:

- a) Instrumento de evaluación que contemple 2 momentos metodológicos de la ejecución de la feria de promoción y desarrollo integral, correspondientes a la planeación y la ejecución. En este sentido se recomienda, que los criterios mínimos de evaluación estén sujetos a los procesos de la feria de acuerdo con la programación, las actividades o acciones realizadas, la participación, los aportes, las estrategias o metodologías aplicadas, los factores positivos y negativos, los logros, sus resultados y productos.
- b) Una "carta de compromiso e intención" para el posicionamiento de la estrategia, en la que los participantes, tanto en representación institucional como personal, y en materia de las "Sesiones de trabajo de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral", acuerden formalizar el compromiso, intención e interés de participar activamente en el desarrollo de la estrategia y su ejecución, para la colaboración y acción comunitaria entre organizaciones, sociedad civil y actores del Cantón, de manera que su representación y participación sea tanto en la reflexión, como en propuestas y acciones que promueven el trabajo a favor del beneficio de las personas adultas mayores, las cuales se verán fundamentadas en el respecto, la solidaridad y la cooperación mutua.

5.4. EJECUCIÓN DE LA FERIA DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL

De acuerdo al enfoque de promoción de la salud y los ejes de participación social y comunitaria, la “Feria de Promoción y Desarrollo Integral” toma conciencia y las acciones para hacer partícipes a las personas adultas mayores durante todo el proceso metodológico, identificándolos como beneficiarios directos de la estrategia e involucrando a los beneficiarios indirectos (familia, comunidad e instituciones), validando cada etapa de la metodología con actividades formadoras, lúdicas y de participación. Para ello, la ejecución de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral, se basa en 3 momentos:

FIGURA N°18: MOMENTOS METODOLÓGICOS DE LA FERIA DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL.



Fuente: Elaboración propia.

5.4.1. MOMENTO I: PLANEAMIENTO

El momento metodológico I, consta a su vez de 4 sub-etapas, que se describen a continuación:

a) Contextualización

Esta sub-etapa consiste en organizar de manera sistémica los aspectos globales de la feria, a fin de identificar las potencialidades y debilidades del contexto, para ello se trabajan: la estructura y dinámica institucional y comunitaria, la identificación de actores sociales clave, el mapeo e inventario de recursos comunitarios e institucionales y se definen estrategias de convocatoria.

b) Sesiones de trabajo

La organización de la estrategia consta de al menos de 3 reuniones en un periodo de al menos 15 días, en las cuales se espera contar con la participación comunitaria, institucional y de las personas adultas mayores:

- **Primera Sesión:** "Propuesta de Feria de Promoción Integral", en esta se expone el marco general y la importancia de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral, conformando la comisión de trabajo y los aspectos globales (nombre, objetivo, población meta, eje central, posibles: fechas, lugares, horas); además se exponen los ejes temáticos de abordaje, acorde con el enfoque de Promoción de la Salud, a las cuales se sugieren: (Alimentación saludable, Salud Mental, Actividad Física y Recreación, Sexualidad Integral, Derechos, Participación e Integración Intergeneracional Social-Comunitaria, Ingreso y empleo). Para ello se sugiere el uso de una metodología de "cuadernos de trabajo" en la que se potencia la construcción de las temáticas a abordar y actividades complementarias y paralelas, que podrían contribuir al objetivo central de la feria.

- **Segunda Sesión:** "Control y seguimiento", en la que se validan y reconstruyen los ejes temáticos de abordaje y los aspectos globales de la feria (programación), conformación de las sub-comisiones por ejes temáticos y se detallan los aspectos de seguimiento en cuanto a los recursos comunitarios materiales y humanos, priorizando la participación de las personas adultas mayores proyectando necesidades y responsables. Para ello, se aconseja la elaboración de una matriz que contemple las actividades propuestas y recursos materiales y humanos.

•**Tercera Sesión:** “Preliminar para ejecución de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral”; en la que se evalúa el grado de avance de las subcomisiones, verificando los cumplimientos de las tareas, para afinar detalles finales antes de la ejecución de las actividades.

c) Comisiones, actividades y recursos

Para la organización de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral, se sugiere la creación de 9 comisiones que se detallan a continuación, tomando en consideración la comisión, el eje, la modalidad y la actividad propuesta:

CUADRO N°6: ORGANIZACIÓN DE LA FERIA DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL: COMISIONES, EJES, MODALIDAD Y ACTIVIDADES.

Comisión	Eje	Modalidad	Actividades propuestas
1	Alimentación saludable	Conversatorio	Bingo de alimentos
		Taller	Preparación de batidos saludables
2	Sexualidad	Conversatorio	Corto animado
		Taller	Teatro
3	Derechos	Conversatorio	Sesión educativa
		Taller	Murales
4	Salud mental	Conversatorio	Bingo de la salud mental
		Taller	Sesión de relajación
5	Actividad física y recreación	Conversatorio-Taller	Sesión educativa y sesión de aeróbicos
		Taller	Juegos tradicionales
6	Ingreso y empleo	Conversatorio	Inducción al banco comunal
		Taller	Microempresa y terapia ocupacional
7	Participación Social e Integración intergeneracional	Actividad de integración	Caminata-convivio intergeneracional
			Festival de talentos
8	Divulgación	Actividades de divulgación	
9	Logística	Tareas a realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Permisos: En las sedes. • Alimentación: Para los días de ejecución (tanto al equipo de apoyo como a la gente que participa). • Transporte: Para transportar personas y materiales. • Decoración: Para las sedes y actividades. • Certificados-reconocimientos: para las personas adultas mayores del Cantón. • Humanos: Todos los recursos socio-culturales para actividades de alternativas-complementarias y el festival. • Coordinación con Fuerza Pública, Policía de tránsito, Bomberos, Cruz Roja y demás apoyos. 	

Fuente: Elaboración propia.

d) Consolidación de la programación

La programación de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral, nace como una propuesta de las comisiones de trabajo, y la misma es validada por las personas adultas mayores, las instituciones y la comunidad, ésta se construye y valida durante la ejecución de la III sesión de trabajo, y para ello se consideran como prioridad las opiniones y propuestas de las personas adultas mayores en todos los aspectos globales de la Feria (nombre, objetivo, población meta, eje central, posibles: fechas, lugares, horas).

Por lo que, se propone que la duración de la feria sea de entre 2 días como mínimo y 3 días como máximo, así también se sugiere para la realización del festival intergeneracional y comunitario, la utilización de espacios comunes para la comunidad como: plazas, salones, anfiteatros, quioscos, centros de reunión, y para la ejecución de la feria se propone el uso de escuelas y colegios, puesto que reúnen las condiciones necesarias para trabajar las sesiones (conversatorios y talleres).

5.4.2. MOMENTO II: EJECUCIÓN

Esta etapa está determinada por la iniciativa, el compromiso y la creatividad de las subcomisiones que se conforman para el trabajo en la Feria de Promoción y Desarrollo Integral. Es así como la ejecución consta de la puesta en práctica de la feria construida y validada por todos los actores sociales involucrados.

De esta manera, se sugiere una estructura base para las dos actividades globales de la estrategia, que seguirán la siguiente lógica:

CUADRO N°7: ESTRUCTURA LÓGICA PARA EL FESTIVAL INTERGENERACIONAL Y COMUNITARIO Y LA FERIA DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL.

Estructura Lógica			
I Festival	Acto de inauguración de la Feria de Promoción Integral	II Feria	Conversatorios
	Participaciones sociales y culturales de personas adultas mayores y comunitarias.		Talleres
	Actividades recreativas como: Reconocimiento a las personas adultas mayores destacadas del Cantón, Poesía, Retahílas, Refranes, Graffiti, Adivinanzas, Karaoke, Carnaval.		Actividad de integración intergeneracional
			Acto de clausura en el que participan los grupos designados por la organización de la feria para la presentación de los productos y resultados de Feria de Promoción y Desarrollo Integral, presentando y exponiendo de manera creativa e innovadora los procesos desarrollados en cada eje temático.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.3. MOMENTO III: EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO, PROYECCIÓN DE LOGROS Y PRERREQUISITOS

a) Evaluación

Para realizar la evaluación de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral, se sugiere la elaboración y aplicación de un instrumento de evaluación de la feria, mismo que debe ser validado por los miembros las subcomisiones, participantes, e instituciones, y para lo cual se han de tomar en cuenta los siguientes criterios como mínimo:

FIGURA N°19: CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA FERIA DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL.



Fuente: Elaboración propia.

b) Control y seguimiento

Consiste en búsqueda de estrategias de negociación en las que se dará el control operacional al proceso, evaluando la feria realizada y el posicionamiento de los ejes temáticos abordados. Para ello, conforme se van realizando la Feria de Promoción y Desarrollo Integral, se continúa con el proceso de acompañamiento a las comisiones de la feria. Aunado a ello se inician los procesos para generar el seguimiento y la sustentabilidad con las instituciones responsables comunales e institucionales y las organizaciones representativas de las personas adultas mayores.

c) Proyección de logros

Con la ejecución de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral, se proyectan los siguientes logros:

FIGURA N°20: PROYECCIÓN DE LOS LOGROS DE LA FERIA DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL.



Fuente: Elaboración propia.

d) Pre-requisitos

El éxito de esta estrategia, se proyecta y está determinado en primer lugar por la capacidad técnica y presupuestaria para la ejecución del mismo, así como por la respuesta de cada una de las instituciones especialmente del Área Rectora de Salud de Parrita, como órgano rector-director de la estrategia, y las organizaciones presentes en el Cantón de Parrita, se debe contemplar además el grado de compromiso de sus integrantes, las personas adultas mayores y miembros de la comunidad, en la aplicación de los procesos y lineamientos del equipo facilitador.

Para ello, se construye la siguiente correlación de etapas, los medios de verificación, y sus pre-requisitos:

CUADRO N°8: PROYECCIÓN DEL ÉXITO DE LA FERIA DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL: ETAPA, MEDIOS DE VERIFICACIÓN, Y PRE-REQUISITOS

Etapa	Medios de verificación	Pre-requisitos
I Etapa Talleres	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Talleres realizados. • Número de personas y grupos capacitados. • Número de organizaciones que participan del proceso. • 9 comisiones conformadas. 	Asistencia y grado de representación de las organizaciones e instituciones.
II Etapa Feria de Promoción y Desarrollo Integral	<ul style="list-style-type: none"> • La Feria de Promoción y Desarrollo Integral realizada. • Participación institucional, comunitaria y las personas adultas mayores. • Cuadernos de trabajo, instrumentos de evaluación y resultados de la feria de promoción integral (fotos, videos, memorias, cartas de intención y compromiso, etc.). 	Participación, aportes y compromiso institucional, comunitario y las personas adultas mayores.
III Etapa Evaluación y posicionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Número de planes de ejecución para futuras ferias. • Número de convivios de socialización y evaluación la Feria de Promoción Integral. • Número de sesiones de apoyo y seguimiento realizadas por el equipo. 	Grado de respuesta institucional y comunitaria.

Fuente: Elaboración propia.

5.5. RECURSOS: HUMANOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS

Para el desarrollo e implementación de la estrategia se proyecta el requerimiento de varios recursos, entendiendo estos como el medio para alcanzar los objetivos. A continuación se detallan los recursos a utilizar:

5.5.1. RECURSOS HUMANOS

Para ejecutar el proyecto se requiere y se necesita de la participación de personas adultas mayores que sean líderes de la comunidad y voluntarios de la comunidad en general, un facilitador en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica, y el personal calificado que es aportado por las instituciones del Cantón, además es importante destacar que sugiere que la dirección de la organización de la Feria de Promoción y Desarrollo integral este a cargo del Área Rectora de Salud de Parrita, como órgano rector-director de la salud y procesos atientes a la Promoción de la Salud.

5.5.2. RECURSOS TÉCNICOS

Para la implementación de la propuesta metodológica se proyectan los siguientes recursos técnicos:

- Equipo multimedia (computadora, video beam, pantalla, parlantes).
- Equipo de sonido (micrófono y parlantes).
- Instrumentos: Materiales de oficina y papelería.
- Infraestructura física: Sedes para reuniones y lugares tanto para el festival intergeneracional y comunitario, así como para la Feria de Promoción y Desarrollo Integral.

5.5.3. RECURSOS FINANCIEROS

Para la ejecución de la estrategia, no se cuenta con un monto estimado de ejecución, esto a razón de que se deberán considerar los recursos y aportes que las instituciones y grupos participantes deben y pueden aportar, de acuerdo con los requerimientos de la misma, para ello se visualiza la distribución de los recursos financieros en los siguientes rubros:

- *Alimentos y bebidas:* Para la atender actividades en las comunidades donde se realiza la estrategia.
- *Útiles y materiales de oficina:* Para la adquisición de útiles y materiales como: lápices, bolígrafos, grapadoras, gomas, tijeras, pinturas, pinceles, cintas adhesivas, carpetas y otros necesarios para los talleres y la implementación de la Feria de Promoción y Desarrollo Integral.
- *Útiles, materiales educacionales y deportivos:* Para la adquisición de artículos deportivos, utilizados en los diferentes eventos deportivos de la feria de promoción integral. Así como la adquisición de trofeos y medallas para premiación de eventos dentro del contexto de la feria. Se trata de que sean gestionados por los participantes.

5.6. RETOS DE LA ESTRATEGIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

En vista de lo anterior se visualizan los retos para la efectividad de la promoción de la salud y esta estrategia, enmarcados en la existencia de una visión y conceptualización reducida, en cuanto al desarrollo metodológico y la experiencia práctica sobre la aplicación de la promoción de la salud en su sentido más amplio, al requerir de la voluntad de una comunidad determinada y la participación individual y colectiva de esa comunidad, de ahí que se visualicen los siguientes retos:

FIGURA N°21: RETOS DE LA ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD.



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente y último capítulo pretende generar una reflexión a partir de los hallazgos de la investigación, la construcción y el diseño de la estrategia en Promoción de la Salud, la cual parte a su vez de una vinculación de la visión de las personas adultas mayores y del equipo de investigación, para ello se plantean las conclusiones del estudio con base a los objetivos planteados, además una serie de recomendaciones que procuran aportar al rol y al posicionamiento tanto de la Promoción de la Salud como del Gestor en Promoción de la Salud, así como los retos para abordar temáticas relevantes en el campo de la Salud Pública, como lo es el fomento del envejecimiento activo como respuesta a la transición demográfica que enfrenta nuestro país, de la mano del protagonismo de las redes de apoyo social para este grupo poblacional.

6.1. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN OBJETIVO GENERAL

La investigación desarrollada ofrece la oportunidad de constatar el potencial de la promoción de la salud en el en el diseño de la estrategia para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la persona adulta mayor.

Con base a ello, se recomienda brindar a las personas adultas mayores espacios para el desarrollo y fortalecimiento de la autonomía, la integralidad, la participación y la dignidad humana, puesto que enfrentan una serie de necesidades que deben ser resueltas a partir de intervenciones que conlleven aspectos ligados a la promoción de la salud que fomenten el envejecimiento.

6.2. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Al abordar el tema de la vejez y el envejecimiento, no existen definiciones absolutas, dado que los conceptos que se le asocian a estos temas guardan una estrecha relación con las características y posibilidades biopsicosociales, culturales, económicas y educativas.

Por ello, se debe buscar la transformación del paradigma de salud, mediante el cambio de enfoque clínico, biológico, asistencialista y organicista, a un enfoque de la integralidad, donde se pasa de relacionar causa-efecto a tratar de comprender la complejidad, de intervenir sobre la enfermedad, a trabajar por, con y para el ser humano.

6.3. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Al interpretar lo descrito por las personas adultas mayores en cuanto a la contextualización y significado de los términos promoción de la salud y envejecimiento activo, se puede constatar que ambas definiciones no tienen un marco conceptual, sin embargo ambas guardan una estrecha relación con la percepción y la opinión desde una óptica positiva al vincularlas con lo saludable, lo activo, la calidad de vida y el bienestar integral.

En este sentido, se sugiere al abordar la Promoción de la Salud, la adopción de una visión del envejecimiento como un proceso natural en el ciclo de vida de las personas, como una experiencia positiva, y no como un problema, para ello se requiere un cambio en las actitudes sociales, a partir de la superación de aquellos discursos que transmiten un concepto negativo de lo que significa ser una persona adulta mayor.

6.4. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Partir de la identificación de las actividades cotidianas, las razones y explicaciones para su realización, permite proyectar procesos de participación activa, plena y responsable tanto de las personas adultas mayores, como de la comunidad y las instituciones (especialmente las de salud) presentes en esta, amparados en la consigna de que el abordaje del tema de la vejez debe estar centrado en nuevas formas de mirar el envejecimiento, más allá del déficit en torno a las capacidades, funcionalidades y la práctica sostenida de la visión reduccionista e utilitaria de la vejez.

Es así como se plantea la necesidad de una revisión del modo de intervención, en los que el proceso de participación en las actividades cotidianas resigne una

integración y remodelación de esas actividades, ya que sólo desde una actitud de reconocimiento de razón y explicación para la realización de esas y otras actividades, es posible la promoción de la participación.

6.5. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN OBJETIVO ESPECÍFICO 4

La identificación de los intereses y necesidades de las personas adultas mayores desde el contexto social en el que están insertos, permite proponer las acciones estratégicas, en la aspiración de lograr el fomento del envejecimiento activo, lo cual a su vez admite incrementar las expectativas de vida, con posibilidades de tener una vejez activa y con calidad de vida.

Sobre esa base, se recomienda que la identificación de necesidades e intereses debe darse a lo largo del ciclo de vida, ya que es un indicador que viabiliza, en gran medida el éxito en los propósitos y los estímulos biopsicosociales, culturales, educativos y económicos abordados en las actividades vinculadas al fomento del envejecimiento activo.

6.6. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN OBJETIVO ESPECÍFICO 5

La estrategia de promoción de salud para la atención de las personas adultas mayores desde la cultura de salud comunitaria, se estructura en el trabajo con los aspectos positivos, el cual brinda amplias posibilidades, sobre todo porque les permite a los participantes descubrir sus propias potencialidades y los conduce a incrementarlas.

Por lo anterior, se plantea ofrecer a las personas adultas mayores oportunidades de participación, integración y pleno desarrollo del potencial que poseen, contribuyendo a su vez a la generación de entornos más favorables, que a mediano y largo plazo contribuirán a desarrollar nuevos recursos personales y el apoderamiento de las personas adultas mayores, favoreciendo la toma de decisiones y la realización de elecciones menos influidas y limitadas por el peso de estereotipos negativos vinculados a la vejez y el envejecimiento.

6.7. CONCLUSIÓN GENERAL

La estrategia aquí propuesta asume los criterios de promoción de salud y el envejecimiento activo, tomando en cuenta el enfoque multifactorial, concepción que se sustenta en el desarrollo comunitario endógeno desde la perspectiva de la cultura de salud, lo que permite la atención integral e integrada a la persona adulta mayor, al tener en cuenta sus necesidades, intereses y actividades, articulando de manera coherente, su proyección personalizada, colectiva y flexible.

6.8. APORTE

Contribuir a la praxis de la Promoción de la Salud, como un nuevo paradigma de acción en los profesionales que trabajan para mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores en su contexto, generando una estructuración tanto teórica como metodológica del quehacer de la disciplina, aportando a su vez al proceso de concienciación, sensibilización y proyección del rol del Gestor en Promoción de la Salud.

*ENVEJECER ES COMO ESCALAR UNA GRAN MONTAÑA; MIENTRAS
SE SUBE LAS FUERZAS DISMINUYEN, PERO LA MIRADA ES MÁS
LIBRE, LA VISTA MÁS AMPLIA Y SERENA.*

INGMAR BERGMAN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonucci T. y Jackson J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. *Intervención psicológica y social. Gerontología clínica*, 129-148. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad. Barcelona: Martínez Roca.
- Antonucci, T. y Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, Vol. 42 (5). Washington, D.C.: The Gerontological Society of America.
- Anzola, E., Morales, F., Salas, A. y Sánchez, M. (1994). La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. *Publicación científica, N°546*. Washington: Organización Panamericana de la Salud [OPS].
- Área de Salud Parrita. (2010). Censo Poblacional. Atención Primaria.
- Área Rectora de Parrita, Ministerio de Salud [MINSA]. (2012). Informe del Censo Poblacional.
- Arechabala, MC. (2007). Promoting health and active aging. *Revista Biomédica revisada por pares: Medwave*, Vol. 7 (4). e2738, doi: 10.5867/medwave.2007.04.2738.
- Arias, C. (2001). Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad. (Tesis inédita para optar por el grado de magister en psicología social). Universidad del Mar de Plata, Mar de Plata, Argentina.
- Arias, C. (2002). Las redes de apoyo social en las personas de edad. Universidad del Mar de Plata, Mar de Plata, Argentina.
- Arias, C. (2008). El Apoyo Social en la Vejez: Alternativas de Acción frente a los Desafíos del Envejecimiento Poblacional. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, Vol. 5 (2):54-61.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, Vol.1 (1): 147-158.
- Arias, C. (2010). Diseñando dispositivos de prevención y promoción de la salud en el trabajo con personas adultas mayores. *V congreso marplatense de psicología*. Universidad de Mar de Plata. Argentina.

- Arias, M. (1999). Triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Enfermera, Vol. 28 (1): 37-57.*
- Arrubla, D. (2010). Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 229-242.*
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1999). Ley N°7935. Ley Integral para la persona Adulta Mayor. Disponible en línea: <http://www.conapam.go.cr/pdf/Ley7935.pdf>
- Ballestero, C. (1999). Modificaciones del estado físico, anímico, calidad de vida y autoestima en adultas mayores por medio de un programa de actividad sistemática de karate do. (Tesis de Maestría en Gerontología). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Barrantes, R. (2003). Investigación un camino al conocimiento: un enfoque cuantitativo y cualitativo. San José, Costa Rica: EUNED.
- Barros, C. (1994). Apoyo social y bienestar del adulto mayor. *Documento Instituto de Sociología, N°60.* Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Bátiz, J. (2012). Comunicación y trato con los adultos mayores: sus necesidades y nuestras dificultades. En: Capítulo 6, el cuidador domiciliario ante los diferentes escenarios familiares. Disponible en línea: <https://nancyclides.wordpress.com/2012/02/28/comunicacion-y-trato-con-los-adultos-mayores-sus-necesidades-y-nuestras-dificultades/>
- Becerra, M. (s.f.). Depresión en el adulto mayor. Disponible en línea: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII depre am.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII%20depre%20am.pdf)
- Becerra, N. (2009). Prevención de accidentes en adultos mayores. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia. *Vol. 50 (2):194-208.*
- Berger, P. y Luckmann, T. (2003). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.
- Botero, E. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud, Vol.12, 11 -24.*

- Brigeiro, M. (2005). Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la Promoción de la Salud. *Revista Investigación y educación en enfermería, Vol. 23 (1)*: 102-109. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Brugger, W. (2005). Diccionario de Filosofía. Traducido por JM Vélez Cantarell. Barcelona: Herder.
- Cartaya, M. (2005). Sistemas y Servicios comunitarios para la atención integral a los adultos mayores.
- Cohen, S., Manion, L. y Morrison, D. (1990). Stress social support and the buffering process. *Psychological, Vol. 98*, 310-357.
- Collazo, M., Calero, J. y Rodríguez, A. (2010). Necesidades, realidades y posibilidades del sistema de salud cubano para su enfrentamiento al envejecimiento poblacional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 155-159.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2003). Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid. Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2004). Población, envejecimiento y desarrollo. *Trigésimo período de sesiones de la CEPAL*, San Juan, Puerto Rico.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM] y Presidencia de la República. (2006). Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM] y Universidad de Costa Rica [UCR]. (2008). I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica.
- Cordero, W. (2012). Proceso de incidencia y vigilancia de los derechos. AGECO: Gaceta informativa. N°45.
- Cruz, A. (2003). Psicología gerontológica y Geriatría. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Cruz, N. y Vázquez, A. (2001). Algunas consideraciones sobre Promoción de la Salud. *RESUMED. Vol. 14(5)*: 205-210.
- Dabas, E. y Najmanovich, D. (1995). Redes sociales: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós.

- Dabas, E. (1993). Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales. Buenos Aires: Paidós.
- Davis, K. (2002). Qualitative theory and methods in applied linguistics research. *Review TESOL Quarterly*, Vol. 29 (3): 427-453.
- De Vincezi, A. y Tudescola, F. (2009). Educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación* [serie en línea]. Disponible en línea: <http://www.rieoei.org/2819.htm>
- Debert, G. (1998). A antropología e o estudo dos grupos e das categorías de idade. En: Barros MML, Org. *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro.
- Del Valle, J. (2012). Necesidades Físicas, emocionales, sociales y espirituales de nuestros mayores. Real Fundación Hospital de la Reina. España. Disponible en: <http://es.slideshare.net/HospitalReina/necesidades-fsicas-emocionales-sociales-y-espiritualesde-nuestros-mayores-y-enfermos>
- Domínguez, J. (2014). Depresión: una enfermedad común en el adulto mayor. Disponible en línea: <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/depresion-comun-adulto-mayor.aspx>
- Duncan, P. (1986). Estilos de Vida. En *Medicina en Salud Pública*.
- Engler, T.A. (2002). *Más Vale Por Viejo*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo de vida completado*. Barcelona: Paidós.
- Escobar, J. (2003). Envejecimiento individual. *Revista Gerontología y Geriatria*. N°63. Perú.
- Fernández, L. (2003). *Pensando en la personalidad*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). *Estudio longitudinal sobre envejecimiento*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (s.f.). Informe. Estudio longitudinal sobre envejecimiento activo (ELEA). Proyecto Investigación I+D+I. IMSERSO 15/05. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, MD., López, MD., Molina, MA., Diez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Revista Psicothema*, Vol. 22 (4): 641-647.
- Fierro, A. (1994). Proporciones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata.
- Franco, TB. y Merhy, EE. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, Vol. 7 (1): 9-20.
- Frankl, V. (1997). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder.
- Galbán, P., Soberats, F., Navarro, A., Carrasco, M., y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 33 (1): 1.
- Galindo, J. (1998). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México: Adison Wesley Longman.
- García, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós.
- Garrido, S. (1998). Autoestima y asertividad. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Chile: Santiago. Disponible en línea: http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/Autoestima_y_Asertividad_2004.pdf
- Gobierno de Perú. (2003). Documento Técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú.
- Golpe, L. y Arias, C. (Eds.) (2005). Sistemas Formales e Informales de apoyo social para los Adultos Mayores. Aportes de una investigación científica al Campo de la Gerontología Institucional. Mar del Plata.
- Gómez, J. y Curcio, C. (2002). Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Tizan.
- González, F. (2000). Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos, Internacional. México: Thomson.
- González, R. y *et ál.* (2006). La observación participante. Madrid: UNED.

- Guillén, F. (1994). Patología del envejecimiento. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson S.A.
- Guralnick, J. y Kaplan, G. (1989). Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health, Vol. 79 (703):* 8.
- Gurdián, A. (2007). El paradigma cualitativo en la investigación socioeducativa. Colección: Investigación y desarrollo educativo regional (IDER). Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC), Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) San José, Costa Rica. ISBN 978-9968-818-32-2.
- Gutiérrez, L. (1994). Concepción holística del envejecimiento. Atención a los ancianos: un desafío para los años noventa. *Publicación científica, N°546*. Washington: Organización Panamericana de la Salud [OPS].
- Guzmán, JM., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. *Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas*. Santiago de Chile.
- Hadid, M. (2008). Participación comunitaria para la promoción de la salud y la integración social de los adultos mayores. *Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía*. Edición electrónica. *Vol. 13 (3)*.
- Hall, A. y Wellman, B. (1985). Social networks and social support. Social Support and health, Sheldon Cohen y Leonard Syme (comps.). Orlando, Florida: *Academic Press*.
- Harper, S. (2010). La capacidad de las instituciones de seguridad social y de asistencia médica para adaptarse a un mundo que envejece. La seguridad social y el desafío del cambio demográfico. *Revista Internacional de Seguridad Social, Vol. 63, 3-4*. Universidad de Oxford, Reino Unido.
- Help Age International [HAI]. (2002). El informe sobre el envejecimiento y desarrollo. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. Londres: Earthscan.

- Helpage Internacional. (2001). Informe sobre el envejecimiento y el desarrollo. London, UK.
- Herran, A., Hashimoto, E. y Machado, E. (2005). Fundamentos, aplicación y nuevas perspectivas del paradigma naturalista. Madrid: Dilex.
- Hidalgo, J. (2001). El envejecimiento: aspectos sociales. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Himes, C. y Erin, B. (2000). The role of Friends in caregiving. *Research on Aging, Vol. 22 (4)*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Hoskins, I., Kalache, A. y Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública/Panamerican Journal Public Health, Vol. 17(5-6)*.
- Ibáñez, R. (1986). Nuestra historia sin paredes: El programa Hospital sin Paredes: un proyecto de salud no agotado. Consultado en documentos de la Asociación Regional de Salud Comunitaria de San Ramón, San José, Costa Rica.
- Iglesias, OL. (2001). Lo Psicológico en el envejecimiento. En: Núñez de Villavicencio F. Psicología y Salud. Ciudad Habana: Ciencias Médicas.
- Ikerketa, Z. (2009). Envejecer con éxito: Prevenir la dependencia. Servicio de Investigación Social del Gobierno Vasco.
- Instituto de la UNESCO para la Educación. (2010). Promoción de la Salud y Educación de adultos para la salud.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2011). X Censo Nacional de Población y VI Censo de Vivienda.
- Jara, O. (2004). Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica. San José, Costa Rica: Alforja.
- Jewell, T., Rossi, M. y Triunfo, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía, Vol. 26 (46)*: 147-167. Bogotá.
- Jiménez, B. (2008). Procesos de envejecimiento. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. [CONAPAM]. San José: Costa Rica. Disponible en: <http://www.conapam.go.cr/procesodeenvejecimiento.pdf>
- Kirkwood, T. (1996). Mechanisms of Ageing. En: Ebrahim S, Kalache A, editores. *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group.

- Korman, A. (2001). The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants. *Review Sociology of Health, Vol. 16 (1)*: 103-121.
- Lacruz, G. y Gómez, F. (1993). Intervención comunitaria: A propósito del programa aragonés de rentas mínimas. En M. F. Martínez García (comp.), *Psicología Comunitaria*, 39-61. Sevilla: EUDEMA.
- Lalonde, M. (1974). "A New Perspective on the Health of Canadians". Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Lerh, U. (1996). La calidad de vida en la tercera edad: Una labor individual y social. En: Vega JL, Bueno Martínez B. *Psicología evolutiva y de la educación*. Madrid: Síntesis.
- Lomnitz, L. (1994). *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa.
- López, P. (s.f.). *Salud y actividad física*. Facultad de Educación, Universidad de Murcia. España.
- Malagón, J. (1995). La atención socioeducativa en personas adultas mayores. *Reflexión desde los servicios sociales de Andalucía, Sevilla*, 324-326.
- Mariluz, G. (s.f.). Aproximación a la sociología de la vejez. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar / .. / . APROXI ...
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología*. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/enevejecimiento-01-1.pdf>
- Martín, LB. (2000). El adulto mayor en la familia. *Rev Psicología y Psicopedagogía. Vol. 1 (1)*.
- Martínez, C. (2003). La familia. En: *Salud Familiar*. La Habana: Científico Técnica.
- Martínez, M. (2003). Los métodos de investigación educacional: lo cualitativo y lo cualitativo. En: Colectivo de autores. *Metodología de la investigación educacional. Desafíos y polémica actuales*. Ciudad de la Habana: Félix Varela.
- Martínez, M. (2009). El paradigma emergente: hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. México: Trillas.
- Martínez, M. (2012). *El Paradigma Cualitativo*. Lima, Perú: Universidad Mayor de San Marcos.

- Mauk, K. (2008). *Enfermería geriátrica: competencias asistenciales*. España: McGraw Hill Interamericana.
- Mehr, DR. y Tatum, PE. (2002). Primary prevention of diseases of old age. *Clin Geriatr Med. Vol. 18*, 407–430.
- Meneses, M. y Monge, M. (1999). Actividad física y recreación. San José, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*.
- Ministerio de Salud de Costa Rica [MINSAL]. (1998). Política Nacional de Salud 1998-2002. República de Costa Rica.
- Ministerio de Salud de Costa Rica [MINSAL]. (2008). Marco estratégico Institucional: Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la Producción Social de la Salud. República de Costa Rica.
- Ministerio de Salud de Costa Rica [MINSAL]. (2011a). Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez 2011-2021. República de Costa Rica.
- Ministerio de Salud de Costa Rica [MINSAL]. (2011b). Política Nacional de Salud 2011-2021. República de Costa Rica.
- Miranda, C. (2005). *La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional*. Mar del Plata.
- Monreal, P. y Del Valle, A. (2010). Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. Older people as actors in the rural community, innovation and empowerment. *Athenea Digital, N°17*: 171-187. ISSN: 1578-8946. Universitat de Girona.
- Montes de Oca, V. (2003). El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. *Papeles de Población, Vol. 9 (35)*. Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Montoya, J. y Montes de Oca, V. (2006). Envejecimiento poblacional en el estado de México: situación actual y perspectivas futuras. *Papeles de población, N°050*. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.

- Morales, A. (2006). *Redes de Apoyo Familiar y la Salud del adulto mayor*, Costa Rica 2005. (Tesis inédita para optar por el grado de Master en Población y Salud). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Morales, F. (2011). Red de atención progresiva para el cuidado integral de las Personas Adultas Mayores de Costa Rica. *Gerontología y desarrollo humano en el siglo XXI: Persona Adulta Mayor, experiencia y desarrollo sostenible*.
- Morasén, R. (2013). El trabajo comunitario de las redes de apoyo social al adulto mayor como promoción de salud. EFDportes.com, *Revista Digital*. Vol. 17 (177). Buenos Aires.
- Navarro, E., Meléndez, J. y Tomas, J. (2008). Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, Vol. 18 (1): 19-25.
- Núñez, M. (2001). *Psicología y salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Oliveira, O. y Salles, V. (1989). *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*. México, D.F.: El Colegio de México.
- Organização Mundial Da Saúde [OMS]. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde [OPS].
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2002a). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2002b). *Declaración de la Década de la conducta (2000-2010)*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y International Network for the Prevention of Elder Abuse [INPEA]. (2002). *Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse*. OMS/NMH/NPH/02.2. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). *Glosario Promoción de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope (World Health Report)*. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Envejecimiento y Ciclo Vital. *Revista española de geriatría y gerontología*, Vol. 37 (2): 74-105.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). Estadísticas Sanitarias Mundiales.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1998). ¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad: herramientas para la promoción de la Salud. Comps., Sofía del Bosque A., Julio González M., María Teresa del Bosque A. de Madriaga. México: CIESS / OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1995). Epidemiológica y prevención de las enfermedades cardiovasculares en los ancianos. Ginebra: OPS.
- Palacios, D. y Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Revista de Enfermería. Intensiva*, Vol. 21 (2): 68-73.
- Palloni, A. (2001). Living arrangements of older persons. *Population Bulletin of the United Nations*. Nueva York.
- Papalia, D. (1992). Psicología del desarrollo. México: MacGraw Hill.
- Papalia, D. (1997). Desarrollo Humano. 6ta edición. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
- Patton, M. (2007). Qualitative evaluation methods. Beverly Hills, CA: Sage.
- Pérez, G. (2006). Investigación cualitativa: retos e interrogantes. Métodos. España: La Muralla.
- Pérez, J. (2000). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica. En: Educación Superior. *Relieve*, Vol. 12 (2).
- Popkewitz, T. (2008). Paradigmas e ideología en la investigación educativa. Madrid: Mondadori.
- Prado, F. y Petidier, R. (2001). Promoción de salud y medicina preventiva en el anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano JJ, eds. Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: SEMEG.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2011). Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica.
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Centro Centromericano de la Población. [CCP]. En: Población y Salud en Mesoamérica. *Revista Electrónica, Vol. 5 (1), artículo 2*, Número especial CRELES - Costa Rica: *Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable*.
- Quintero, G. y Trujillo, O. (1992). Dimensión Sociopsicológica del envejecimiento. En: Rocabrunos Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Ciencias Médicas.
- Ramos, J. y Salinas, R. (2010). Vejez y apoyo social. *Revista de educación y desarrollo, Vol. 15*.
- Rance, J. y Salinas, S. (2001). Consentimiento informado. Investigando con ética: aportes para la reflexión-acción. La Paz, Bolivia: Population Consultion.
- Regato, P. (2003). El envejecimiento activo desde la perspectiva de atención primaria. *Jano extra, Vol. 514 (1474)*. Opinión: El envejecimiento en la sociedad actual.
- Reyes, I. y Castillo, J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, Vol. 30 (3): 354-359*.
- Rivera, E. (2010). Factores biopsicosociales, espirituales y económicos que se asocian con la percepción del bienestar personal y la vejez exitosa de las personas adultas mayores: sector del Balcón Verde, Los Guido de Desamparados, San José, Costa Rica. (Tesis inédita para optar por el grado de Master en gerontología). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Roca, M. y Pérez, M. (1999). Apoyo social: su significación para la salud. La Habana: S.N.
- Rodríguez, M. y Cómez, Y. (2010). Concepciones y prácticas acerca de la vejez y el cuidado: el rol del cuidador de adultos mayores como agente de promoción de salud.

- Rodríguez, M. (2005). Sentido de la Vida y Salud Mental. Acontecimiento, Revista de pensamiento personalista y comunitario del Instituto Emmanuel Mounier. *Vol. 1 (74): 47-49.*
- Rojas, R. (2005). El reto institucional de la atención al adulto mayor al 2025. *Revista Gestión, Vol. 14 (2): 13.*
- Romero, AJ. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Rev Panam Salud Pública, Vol. 24 (4): 288-294.*
- Rosa, Y. (2011). Propuesta de acciones para la incorporación del adulto mayor a los círculos de abuelos del consejo popular "La Posta", municipio Majibacoa. En: *Contribuciones a las Ciencias Sociales.*
- Rowe, J. y Khan, R. (1997). Successful aging. *Review The Gerontologist, Vol. 37, 433-440.*
- Ruiz, J. (2009). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez, C. (1990). Trabajo social y vejez. Teoría e intervención. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez, D. (2007). Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México: Retos de la planeación gerontológica. *Revista de Geografía Norte Grande, N°38: 45-61. ISSN 0718-3402.*
- Sandín, M. (2003). Enfoque Cualitativo: Fundamentos y tradiciones. Madrid: Mc Graw Hill.
- Sandoval, C. (2002). Investigación cualitativa. Bogotá: ARFO.
- Sanmartín, R. (2005). La observación participante. Madrid: Alianza.
- Sira, A., Castillo, B. y Gallardo, E. (2008). Red para la vigilancia, seguimiento, educación y promoción de la salud del adulto mayor y su familia en las comunidades del ambulatorio urbano tipo III La Carucieña. Programa de Enfermería, Decanato de Ciencias de la Salud. UCLA. Barquisimeto, estado Lara. Venezuela. *Salud, Arte y Cuidado, Vol. 1 (1).*
- Sluzki, C. (1996). La red social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.

- Smits, C., Deeg, D. y Schmand, B. (1999). Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *American Journal Epidemiology*, Vol. 150 (978): 86.
- Solano, S. (2002). La Promoción de la Salud en Costa Rica. Disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm
- Stumbo, N. y Peterson, C. (2003). *Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedures*. Benjamin Cummings.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2002). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Terris, M. (1986). What is health promotion? [editorial]. *J Public Health Policy*. (Sumner), 24-29.
- Terris, M. (1991). ¿Qué es la Promoción de la Salud?. Traducción libre del Dr. Guillermo Llanos, del editorial "What is Health Promotion?" *Journal Public Health Pol.*, 1986, 147-151. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS].
- Torrejón, C. (2007). *Imaginario social de la vejez y el envejecimiento*. Universidad de Chile.
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vega, J.L. (1990). *Psicología de la Vejez*. Salamanca: Diputación de Salamanca.
- Viguera, V. (s.f.). Los fantasmas del envejecer: los miedos. En: Curso virtual educación para el envejecimiento. Disponible en: <http://psicomundo.com/tiempo/educacion/clase9.htm>
- Villanueva, L. (2000). Sobre envejecimiento: Una perspectiva integral. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*, Vol. 3 (3): 107-114.
- Viveros, A. (2007). Acerca del envejecimiento y la vejez: notas para dimensionar la acción de la sociedad sobre el tema. *Revista de ciencias sociales (CL)*, 125-141.
- Yach, D. (1996). Redefining the scope of public health beyond the year 2000. *Current Issues in Public Health*, Vol. 2 (247): 52.
- Zunzunegui, MV., Alvarado, B. y et al. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community dwelling spanish

older adults. *The Journals of Gerontology*, Vol. 58B (2): 93-100. ProQuest Medical Library.

Zúñiga, B. (2009). Sistematizar. *Revista Trabajo Social*, N°61. Santiago de Chile.

ANEXOS



TESIS: "ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA RED DE CUIDO DEL CANTÓN DE PARRITA, 2013."

ANEXO N°1: FICHA DE REGISTRO PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

N°.	Inicial	Sexo		Edad	Estado Civil	Escolaridad	Localidad de residencia	Consentimiento	Observaciones
		F	M						
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
4		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
5		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
6		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
7		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
8		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Fuente: Datos suministrados por las personas adultas mayores entrevistadas.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
Teléfonos:(506) 2511-4201
Telefax: (506) 2224-9367

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
LIC. EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

TESIS: "ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA RED DE CUIDO DEL CANTÓN DE PARRITA, 2013."

ANEXO N°2: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Para ser sujeta o sujeto de investigación)

Nombre de los investigadores: Katherine V. Gamboa Hidalgo y Roosevelt A. Gómez Oviedo
Nombre de la persona participante: _____

PROPÓSITO DEL PROYECTO: La presente investigación de tipo cualitativa es realizada por los estudiantes Katherine V. Gamboa Hidalgo y Roosevelt A. Gómez Oviedo, de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica, esta tiene como propósito el diseño de una estrategia de Promoción de la Salud, la cual consiste en un proceso que busca desarrollar habilidades personales y redes sociales para generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener un mayor control sobre los determinantes que influyen en su salud y mejorarla, mediante la identificación y logro de aspiraciones, satisfacción de necesidades e intereses, y cambio en su entorno, fomentando de esta manera el envejecimiento activo en las personas adultas mayores de la Red de Cuido del Cantón de Parrita. La misma será realizada en el II semestre del año 2013 y I semestre del año 2014. Para ello, se realizará una entrevista a profundidad de manera individual a un grupo de 6 a 8 personas adultas mayores de la Red de Cuido antes mencionada, así mismo se conformará de dicha Red un grupo focal, integrado por 8 como mínimo y 12 como máximo, las cuales tendrán una edad comprendida entre 60 y 75 años.

- A. ¿QUÉ SE HARÁ?:** La persona adulta mayor participante en esta investigación se realiza una entrevista a profundidad, con uno de los dos investigadores, con el fin de conocer algunas situaciones particulares, posteriormente se accede a la participación de un grupo focal, el cual se ejecutará en diferentes momentos de acuerdo a la hora y el día que facilite las reuniones para cada persona participante. Ambas actividades podrán ser grabadas con grabadora o cámara de audio-video, con el propósito de registrar la información, una vez que se termine con la investigación estos registros audiovisuales serán eliminados.
- B. RIESGOS:** La participación en este estudio no representa ningún riesgo personal, pero quizás la persona adulta mayor en algún momento sienta un poco de incomodidad, cansancio o agotamiento, al momento de realizar la entrevista a profundidad y la conversación mediante el grupo focal.

- C. **BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no se obtiene ningún beneficio directo, sin embargo su participación beneficia a la población adulta mayor perteneciente a la Red de Cuido del Cantón de Parrita, porque a través de su participación se obtendrá información importante para plantear los lineamientos necesarios para el diseño de una estrategia en promoción de la salud que fomente el envejecimiento activo de este grupo en particular.
- D. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con los estudiantes: Katherine V. Gamboa Hidalgo y Roosevelt A. Gómez Oviedo, que deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información adelante, puede obtenerla escribiendo a los correos electrónicos kgamboa0301@gmail.com o bien a andr18_12@yahoo.com. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-2090, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- E. Usted como participante de esta investigación recibe una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- F. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte su participación o beneficios que derivan de la Red de Cuido del Cantón de Parrita.
- G. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- H. Usted no pierde ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me han leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto o sujeta de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto o sujeta fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma de la persona Investigadora que solicita el consentimiento fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
 CELM-Form Consent-Inform 06-08



TESIS: "ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA RED DE CUIDO DEL CANTÓN DE PARRITA, 2013."

ANEXO N°3: GUÍA DEL CUADERNO DE CAMPO

I.- GENERALIDADES

Nombre de la persona que observa:				Katherine	<input type="radio"/>	Roosevelth	<input type="radio"/>
Código de la persona participante:							
Fecha:	Día	Mes	Año	Hora de inicio:			
				Hora de finalización:			
Tiempo de Observación:							
Número de Observación:							

II.- MOTIVO DE LA OBSERVACIÓN

Recoger información durante la aplicación de las técnicas de la entrevista a profundidad y el grupo focal tanto del ambiente físico y psicosocial donde se desarrollan dichas técnicas y de los gestos, conductas, comportamiento, sensaciones, sentimientos, comunicación y actitudes de las personas participantes en el estudio.

III.- DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO GENERAL

Ambiente o escenario de la observación en el que se aplica el instrumento		
Formas de interacción que se dan en la persona	Motivación	
	Interacciones	
	Niveles de empatía	
Ubicación de la persona participante en escena	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>(Diagramación del espacio físico y ubicación de las personas y objetos)</p>	

IV.- PROCESO SEGUIDO PASO A PASO

Observaciones que se perciben en el(a) persona participante durante el proceso	A	¿Qué gestos?	
	B	¿Qué conductas?	
	C	¿Qué comportamiento?	
	D	¿Qué emociones?	
	E	¿Qué vínculos afectivos?	
	F	¿Qué actitudes?	
	G	¿Qué sensaciones?	
	H	¿Qué sentimientos?	
	I	¿Qué tipo y cuál es la forma de comunicación?	
	J	Otras observaciones	

V.- DESCRIPCIÓN DE LA PROPIA OBSERVACIÓN

Actividad de la persona que dirige	A	¿Qué pensamientos y sentimientos tienen antes de iniciar la sesión?	
	B	¿Qué actitud asume frente a la persona?	
	C	¿Cómo se comunica con el(a) participante?	
	D	¿Qué actividades realiza?	
Actividad de los(as) participantes	A	¿Cuál es su perfil observado?	
	B	¿Qué tipo de roles o estatus se manifiestan?	
	C	¿Qué hacen durante la entrevista?	
Actividades de apertura	A	¿Cómo se inició la sesión?	
	B	¿Cómo participa al inicio?	
Actividades de desarrollo	A	¿Cuáles fueron las actividades durante el desarrollo de la sesión?	
Actividades de permanencia	A	¿Cuáles actividades se hicieron para reforzar el concepto?	
	B	¿Cuáles actividades se hicieron para ejercitar el concepto?	
Actividades de evaluación	A	¿Cuáles actividades se realizaron con fines evaluativos?	
	B	¿Cuáles preguntas se realizaron con fines evaluativos?	
	C	¿Cuáles estrategias se realizaron con fines evaluativos?	

VI.- CONSIDERACIONES GENERALES**VII.- CONCLUSIONES****VIII.- INCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA SESIÓN****IX.- OBSERVACIONES**

Fecha de la próxima visita:

Hora:

Acuerdos:

Transcripción de algunas palabras importantes que se dieron en esa información:



TESIS: "ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA RED DE CUIDO DEL CANTÓN DE PARRITA, 2013."

ANEXO N°4: GUÍA DE PREGUNTAS GENERADORAS PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

I. PRESENTACIÓN Y GENERALIDADES

A	Saludo	Reciba un cordial saludo, sea bienvenido(a), primero que nada deseamos agradecer su disposición para asistir a esta cita. El motivo de la misma, es a razón de que usted participe de una entrevista sobre algunos aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento, la situación de salud y la Red de Cuido del Cantón.	N°. Entrevista		Fecha	
			Entrevistador		Katherine Roosevelth	
B	Descripción de la actividad	Esta entrevista tiene un tiempo comprendido entre 30 y 50 minutos, sin embargo cuando usted lo desee podemos tener un descanso, así mismo siéntase en libertad de si hay alguna pregunta que no desee contestar puede no hacerlo, o si hubiese alguna pregunta que no entendiera o fuera clara para usted puede solicitar que se le explique o reformule la pregunta, le recuerdo que no hay respuestas buenas o malas, pero si son un gran aporte para esta investigación. Esta entrevista es anónima y con confidencialidad absoluta y los datos que usted nos suministre son utilizados para fines académicos, y todo lo que conversemos hoy sólo es de conocimiento de los investigadores de este estudio. También si usted así lo quisiera puede usar otro nombre o alias.	Código del entrevistado (a)			
			N°. de sesión			
			Hora de inicio			
			Hora de finalización			
			Lugar de la entrevista			
C	Solicitud de Permisos	Como la información que usted nos brinde es tan importante, le solicito la autorización para grabar esta entrevista, esto con el objetivo de no perder detalle de lo que hoy conversemos.	Si	No	Formato	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Audio	<input type="radio"/>
					Video	<input type="radio"/>
				Si	No	N°. de fórmula
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

II. PREGUNTAS GENERADORAS

a. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS, SOCIOCULTURALES Y EDUCATIVAS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

A	Biológicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Por favor, puede hablar de las enfermedades y riesgos de salud que usted y sus familiares han padecido durante los últimos dos años? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pensaba ante esas situaciones? • ¿Qué hacía? • ¿Qué tratamientos y medicación recibió? • ¿Qué soluciones tomaba? • ¿Cómo le ayudaba o le perjudicaba? 2. ¿Cómo considera su capacidad auditiva (escuchar), visual (ver) y de ambulación (caminar)? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pensaba ante esas situaciones? • ¿Qué hacía? • ¿Qué soluciones tomaba? • ¿Cómo le ayudaba o le perjudicaba? 	Observaciones
B	Psicológicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede referirse a es su forma de ser? ¿Por qué usted diría que es así y cómo cree usted que llego a ser así? 2. ¿Puede especificar acerca de la comunicación con su familia y sus amistades? ¿Por qué usted diría que es así y cómo cree usted que llego a ser así? 3. ¿Puede comentar acerca de su proyecto de vida? 4. ¿Cómo percibe usted su salud y su etapa de vejez? 5. ¿Cuál es la autovaloración personal acerca de la vejez? 6. ¿Cuál es la valoración social percibida acerca de la vejez? 7. ¿Por favor, puede contar acerca de sus vínculos afectivos y sus relaciones familiares? 8. ¿Podría reseñar acerca de las pérdidas de sus seres queridos significativos? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pensaba ante esas situaciones? • ¿Qué hacía? • ¿Qué soluciones tomaba? • ¿Cómo le ayudaba o le perjudicaba? 	Observaciones (Cabe mencionar que es en este momento que se tendrá en cuenta aspectos de la observación de los comportamientos, conductas, pensamientos y sentimientos que se expresan)

1. ¿Puede relatar cómo es su dinámica familiar?
2. ¿Puede describir como es la integración familiar en su hogar?
3. A continuación le pediré que describa su estructura familiar en la siguiente tabla:

N°	Inicial	Edad y sexo		Parentesco	Con quienes vive	Rol	Observaciones
		M	F				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

4. ¿Cuáles son sus intereses culturales, religiosos, comunitarios? ¿Comparte esos intereses con alguna persona o personas? ¿Quiénes?

Observaciones

C Socioculturales

D Educativas

1. ¿Realiza usted con frecuencia actividades para mejorar la atención, la concentración y la memoria? (lecturas, juegos de mesa, visuales, verbales, motoras, movimiento, entre otras).
2. A continuación realizaremos algunas técnicas:

Relato: Con las siguientes palabras construya un relato.

- Gallo
- Desayuno
- Maíz
- Leche
- Puerta

Seriación: Ordene las siguientes frases de manera que tengan una secuencia lógica:

- Esperar a que se caliente el aceite.
- Poner el huevo en la sartén.
- Encender el fuego.
- Poner aceite en la sartén.
- Poner la sartén al fuego.

Diferencias: A continuación se le muestra un dibujo donde debe buscar 5 diferencias.

Observaciones



3. Menciones por favor las actividades educativas no formales e informales en las cuales ha participado en los 2 últimos años (EBAIS, municipalidad, AGECO, iglesia, red, grupo organizado de las personas adultas mayores del Cantón).

b. SIGNIFICADO QUE DAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES A LOS TÉRMINOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A	Promoción de la salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha escuchado que es promoción de la salud? 2. ¿Qué significa para usted promoción de la salud? 	Observaciones	
B	Envejecimiento activo	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha escuchado hablar de envejecimiento activo? 2. ¿De quién o dónde ha escuchado? 3. ¿Qué le dijeron del envejecimiento activo? 4. ¿Qué significa para usted envejecimiento activo? 	Observaciones	

c. ACTIVIDADES COTIDIANAS QUE REALIZAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y RAZONES O EXPLICACIONES QUE DAN A DICHAS ACTIVIDADES

A	Actividades cotidianas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por favor, puede describirnos las actividades cotidianas que realiza. 2. En cuanto a las actividades de la vida diaria ¿Por qué las hace o por qué no las hace? 	Observaciones	
---	------------------------	---	---------------	--

		<p>3. En relación con las actividades sociales y culturales (familiares, amicales y comunitarias) ¿Por qué las hace o por qué no las hace?</p> <p>4. ¿Realiza usted actividades recreativas físicas (implican esfuerzo o desgaste físico) y mentales (implican esfuerzo o desgaste de la atención, concentración y memoria)? ¿Por qué las hace o por qué no las hace?</p>		
d. NECESIDADES E INTERESES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES QUE SE VINCULAN CON ENVEJECIMIENTO EL ACTIVO				
A	Necesidades e intereses	<p>1. ¿Puede mencionar cuáles son las necesidades para la realización de actividades que se vinculan con el envejecimiento activo?</p> <p>2. ¿Cuáles son las necesidades sentidas por usted para realizar estas actividades?</p> <p>3. ¿Por favor, puede mencionar cuáles son los intereses para la realización de actividades que se vinculan con el envejecimiento activo?</p>	Observaciones	
e. OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS A SER CONSIDERADOS EN UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE FOMENTE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO				
A	Estrategia de promoción de la salud	<p>1. ¿Cuáles considera usted que deben ser los contenidos, las actividades y los recursos, que se deben tomar en cuenta en una estrategia de promoción de la salud que fomente el envejecimiento activo?</p> <p>Contenidos: considerando las herramientas fundamentales de la promoción de la Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Participación social b. Educación para la salud c. Mercadotecnia social d. Intersectorialidad e. Abogacía <p>Actividades: vinculadas con los derechos, la participación intergeneracional, salud mental, actividad física y recreativa, entre otras.</p> <p>Recursos: tomando en cuenta humanos, materiales, financieros, didácticos.</p>	Observaciones	

Le agradecemos sinceramente de antemano su participación en esta investigación y por los aportes tan significativos que nos brindó.

Muchas gracias por su colaboración.

Katherine Gamboa y Roosevelt Gómez.



TESIS: "ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA RED DE CUIDO DEL CANTÓN DE PARRITA, 2013."

ANEXO N°5: FICHA DE REGISTRO Y GUÍA GENERAL PARA EL GRUPO FOCAL

1	Generalidades del registro	N°. de sesión				
		No. de participantes	Total	Hombres	Mujeres	
		Fecha:				
		Hora:	Inicio	Fin		
		Lugar:				
		Moderador(a):				
		Observador(a):				
Modo de registro:	Escrito	Audio	Video	Todos		

Saludo	Buenas días/ buenas tardes y bienvenidos(as) a nuestra sesión. Gracias por sacar un tiempo para participar en esta discusión acerca de la Estrategia de Promoción de la Salud para el fomento del envejecimiento activo.
Presentación	Me llamo <i>Roosvelth/Katherine</i> y soy estudiante de la Universidad de Costa Rica de la Carrera de Promoción de la Salud.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cada uno de ustedes tiene experiencia en el tema, de allí que la información que nos provean es muy importante y valiosa para tenerse en cuenta para futuras decisiones que se deben tomar en la Red Progresiva de Cuido para el fomento del envejecimiento activo. • En esta actividad NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, sino diferentes puntos de vista. • Favor de sentirse con plena libertad de expresar su opinión, aún cuando esta difiera con la que expresen sus compañeros. • De la manera más atenta y cordial se les pide que por favor hablen alto. • Estaremos grabando sus respuestas, ya que no queremos perdernos ninguno de sus comentarios. • Si varios participantes hablan al mismo tiempo, la grabación se pierde. • Estaremos llamando a cada uno por el primer nombre. • El informe final no incluye los mismos para asegurar la confiabilidad. • Tengan en cuenta que estamos tan interesados en los comentarios negativos como en los positivos. Y en algunos casos los comentarios negativos son aún más útiles que los positivos. • Nuestra sesión dura una hora, y tomaremos un receso formal al final de la actividad. • Así mismo colocaremos algunas figuras en la mesa al frente de ustedes, para que nos ayuden a identificar algunas de los aspectos principales de la promoción de la salud y envejecimiento activo, más adelante les daremos la instrucción para este apartado.
Actividad rompehielos	<p>Para iniciar haremos una actividad para romper el hielo: Vamos pensar en la historia de cada uno, cada cual en su vida ha pasado por diferentes etapas. Por ejemplo, la niñez; la etapa de la adolescencia; la juventud...Después la adultez ... Pensando ahora en la etapa actual de cada uno, si tuvieran que relacionar esta etapa de la vida con el nombre de animal que la represente que animal elige, para ello les vamos a pedir que se presenten diciendo su nombre, el nombre del animal que eligieron y porque.</p>

3	Desarrollo	1	Guía para las preguntas	<p>Se procede a preguntar a los participantes llamando por su nombre (gafete). En cada ronda se le pide la opinión a cada uno y en las sucesivas el/la moderador(a) va manejando la participación de los integrantes del grupo según el tiempo, procurando la mayor participación posible.</p> <p>Las preguntas al grupo, guardan un orden lógico, sin embargo puede ser que la dinámica de la conversación introduzca opiniones referidas a una pregunta que está prevista de abordarse posteriormente. En este caso el (la) moderador(a) es flexible y cambia el orden de las preguntas.</p> <p>La sesión de preguntas durara 60 minutos aproximadamente, para no fatigar a las personas participantes en esta técnica y para mantenerlos atentos.</p>
		2	Preguntas generadoras	CONSULTAR EL ANEXO DE PREGUNTAS GENERADORAS DEL GRUPO FOCAL.
4	Cierre	<p>Antes de finalizar es importante hacer una pregunta que ayude a cerrar emocionalmente la sesión. Por lo que se genera la siguiente pregunta: ¿Cómo se sintieron durante la conversación?</p> <p>Se trata de incentivar a los(as) participantes para indagar sobre su percepción en relación con la actividad realizada.</p> <p>Si fuera necesario se orientara a aquellos que lo soliciten información sobre los lugares, organizaciones y personas a quienes pueden acudir para buscar apoyo o mayor información sobre el tema.</p>		
5	Despedida	<p>La reunión termina aquí.</p> <p>El equipo de investigación desea darle las gracias por esta conversación, el tiempo que ustedes han dedicado a esta actividad, así como la confianza que tuvieron para hablar sobre los temas, son de gran importancia para este estudio.</p> <p>Estamos muy agradecidos y contentos de conocer sus opiniones.</p> <p>Al finalizar la actividad se ofrece un espacio fuera de esta planeación para aclarar alguna duda que haya quedado pendiente en lo que se haya expresado durante el desarrollo del grupo focal.</p>		



TESIS: “ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LA RED DE CUIDO DEL CANTÓN DE PARRITA, 2013.”

ANEXO N°6: GUÍA DE PREGUNTAS GENERADORAS PARA EL GRUPO FOCAL

Categoría	Subcategoría	Tópicos	Preguntas	
Algunas características: biológicas, psicológicas, sociales, culturales y educativas de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita.	Biológicas.	Características sociodemográficas (sexo, edad). Enfermedades y riesgos de salud (antecedentes familiares). Tratamientos y medicación. Capacidad auditiva, visual y de ambulación.	1	Por favor pueden decirnos las características físicas de las personas adultas mayores?
			2	Por favor pueden comentar sobre Cuáles consideran ustedes son: a) Los riesgos de salud más frecuentes para las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida. (Y por qué). b) Las enfermedades a que están más expuestas las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida. (Y por qué). c) Cuáles son los tratamientos más frecuentes que se dan para estas situaciones (riesgos/enfermedades) de las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida. (Y por qué).
	Psicológicas.	Personalidad, comportamientos, conducta, comunicación, proyecto de vida, emociones, pensamientos, sentimientos (afectividad) percepción, vínculos afectivos, duelos.	1	De las siguientes frases cuáles creen ustedes, que describen las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida:
				Afectividad
			Comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> Las PAMs tienen el mismo comportamiento en su casa y fuera de ella. Las PAMs cuando alguien hace algo que consideran que está mal, se lo dicen sin tapujos.

				<ul style="list-style-type: none"> • Cuándo las PAMs tienen que hacer un viaje, les gusta ser previsores y no dejar nada para el último momento.
			Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Las PAMs encuentran fácilmente las palabras para expresar tus emociones y sentimientos. • Las PAMs suelen estar callados cuando se encuentran entre desconocidos. • A las PAMs les gusta compartir buenas noticias, aún con aquellos que no conocen personalmente.
			Conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Las PAMs aceptan las críticas y saben responder a ellas. • Las PAMs se preocupan bastante de tu salud. • Las PAMs les preocupa mucho lo que los demás puedan pensar de ellos.
			Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Las PAMs rara vez vuelven a intentar hacer algo en lo que han fracasado. • Las PAMs creen que los demás no dan importancia a las cosas que hacen. • Suelen ser las PAMs los que dan el primer paso para relacionarse con la gente.
			2	<p>Por favor nos puede decir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son las fortalezas y las debilidades de las PAM? 2. ¿Cómo describiríamos la autobiografía de una PAM? Considerar os pensamientos, emociones y sentimientos que más predominan en las PAMs 4. ¿Quién debe ser una PAM? 5. ¿Cuál consideran que debe ser el programa de vida de una PAM? (Y por qué).
Sociales - Culturales.	Estructura familiar (red) y roles. Relación intergeneracional. Género y alianzas. Mitos y estereotipos. Hábitos (salud, higiene). Oportunidades.	1	¿Pueden por favor referirse a los roles sociales de las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida?	
		2	<p>¿Las PAMS de Parrita con que grupos de edades se relacionan y por qué lo hacen?</p> <p>¿Nos podrían decir ustedes si dan relaciones intergeneracionales entre las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida y los diferentes grupos? (Por qué).</p> <p>¿Se dan alianzas entre las PAMs de Parrita y los diferentes grupos? (Con quiénes se dan, por qué se dan).</p>	

	Educativas.	Cognición, oportunidades, nivel educativo-escolaridad.		3	¿Cuáles consideran que son los mitos y estereotipos sobre la vejez que más predominan en las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida? (Por qué).	
				1	¿De las siguientes actividades (cotidianas, sociales, culturales, físicas recreativas, mentales recreativas), Cuales consideran que son las que más realizan las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida para ayudar a estimular su capacidad cognitiva?	
				3	¿Consideran ustedes que en esta etapa de la vida se tiene la oportunidad de aprender cosas nuevas? ¿Consideran ustedes que las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida tienen oportunidades educativas? (por que, de que tipo, quien los organiza).	
Significado dan las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de Cuido del Cantón de Parrita a los términos: Promoción de Salud y Envejecimiento Activo.	Promoción de Salud.	Conceptualización (significado). Líneas de acción y herramientas fundamentales.		1	¿Cuáles consideran ustedes son los hábitos de salud más predominantes en la las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida? (y por qué). ¿Qué creen ustedes debería significar salud para las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida?	
				2	¿Han escuchado hablar de Promoción de la salud? (¿Qué han escuchado, dónde han escuchado, de quien lo han escuchado y para las PAM de Parrita que significa?) ¿Qué creen ustedes debería significar promoción de la salud para las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida?	
	Envejecimiento Activo.	Conceptualización (significado). Determinantes y pilares.				De las siguientes láminas: ¿Cuáles consideran ustedes son elementos indispensables para la promoción de la salud de la promoción de la salud?
					3	¿Han escuchado hablar de Envejecimiento activo? (¿Qué han escuchado, dónde han escuchado, de quien lo han escuchado y para las PAM de Parrita que significa?) ¿Qué creen ustedes debería significar envejecimiento activo para las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida? De las siguientes láminas: ¿Cuáles consideran ustedes son determinantes del envejecimiento activo y cuáles consideran ustedes son bases del envejecimiento activo?
Necesidades e intereses de las personas adultas mayores que pertenecen a la Red de	Necesidades de las personas adultas mayores.	Problemas y temas en general de las PAM, así como los	Percepción (intereses percibidos).	1	Por favor puede sugerirnos cuales problemas y cuáles temas deberían ser incluidos en los planes y discusiones del trabajo con y para las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida? Podrían mencionar 5 problemas y 5 temas ¿POR QUÉ O CON QUE OBJETIVO?	

Cuido del Cantón de Parrita para la realización de actividades que se vinculan con el envejecimiento activo.		apoyos y redes de apoyo.	Realidad (intereses identificados). Participación (roles actuales y futuros).	2	¿En qué aspectos de la vida debe recibir apoyo o ayuda a las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida?
	Intereses de las personas adultas mayores.			3	¿Cuál creen ustedes es el rol de las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida? ¿Por qué
Objetivos, contenidos, actividades y recursos a ser considerados en una estrategia de promoción de la salud (PS) que fomente el envejecimiento activo (EA).	Objetivos a ser considerados.	Percepción/Opinión. Gustos y preferencias.		1	<p>¿ Cuáles creen ustedes serían ...</p> <p>a) Los contenidos de las actividades que se deberían desarrollar para que se mejore la salud de las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida? (Por qué)?</p> <p>b) Los objetivos de las actividades que se deberían desarrollar para que se mejore la salud de las PAMs de Parrita en esta etapa de su vida? (Por qué)?</p> <p>Podrían sugerirnos 5 contenidos/actividades ¿Por qué o con qué objetivo?</p>