

Universidad de Costa Rica  
Facultad de Medicina  
Escuela de Salud Pública  
Carrera de Bachillerato y Licenciatura en Promoción de la salud

Informe del proyecto para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Promoción de la Salud

Integración de la convivencia amigable del núcleo familiar y la persona adulta mayor  
mediante un Enfoque de Promoción de la Salud desde el ente rector, 2018

Sustentante

Auristela Salazar Murillo

Comité Asesor

MSc. Fernando Herrera Canales, director

MSc. José Eduardo Carvajal, lector

MSc. Katia Marcela Arias, lectora

Sede Universitaria Rodrigo Facio

2019



**ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 03-2019**

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día miércoles 27 de febrero 2019, a las 2:00 pm, en la Escuela de Salud Pública con el objetivo de recibir el informe oral correspondiente a la defensa pública de:

SUSTENTANTES	CARNE	AÑO DE EGRESO
Auristela Salazar Murillo	766192	2017

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

El Tribunal Examinador está integrado por:

Dr. Mauricio Vargas Fuentes	Presidente
M.Sc. Rebeca Alvarado Prado	Profesora Invitada
M.Sc. Fernando Herrera Canales	Director T.F.G.
M.Sc. José Eduardo Carvajal Obando	Miembro del Comité Asesor
M.Sc. Kattia Marcela Medina Arias	Miembro del Comité Asesor

**ARTICULO I**

La persona que preside el acto informa que el expediente de la persona postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y por lo tanto se solicita que proceda a hacer la exposición.



ARTICULO II

La persona postulante realiza la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:

"Integración de la convivencia amigable del núcleo familiar y la persona adulta mayor mediante un enfoque de Promoción de la Salud desde el ente rector, 2018".

ARTICULO III

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

ARTICULO IV

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

APROBADO  NO APROBADO ( )

Observaciones:

1. Mejorar conceptos de promoción de la salud y rectoría de la salud.
2. Revisar metodología
3. Revisar la "forma" del TFG
4. Se recomienda mejoría de fotos



ARTICULO V

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

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

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante. A las 3:30 se levanta la sesión en Escuela de Salud Pública

Nombre:

Firma:

Rebeca Alvarado Prieta

[Handwritten signature]

Kattia Medina Arias

[Handwritten signature]

José Edgardo Carrizo Obando

[Handwritten signature]

Fernando Herrera Canales

[Handwritten signature]

Melucio Vargas Fuentes

[Handwritten signature]

Estudiante

[Handwritten signature]

Alguna otra observación

\_\_\_\_\_

c Oficina de Registro

SELLO

Expediente

Postulantes

## DEDICATORIA

Dedicado a mis hijos Luis y Rudy, por ser mis amigos en todo tiempo y llenar con su alegría mi corazón de madre que ve en sus hijos un ejemplo de valentía y esfuerzo para lograr las metas. Dios les bendiga siempre.

## RECONOCIMIENTOS

Agradezco profundamente el apoyo del Comité Asesor, conformado por el profesor MSc. Fernando Herrera Canales como director, MSc. José Eduardo Carbajal Obando y la MSc. Kattia Marcela Medina Arias, lectores, quienes con mucha entrega han guiado mis pasos en este proyecto. Hago mención especial al profesor Herrera Canales por su paciencia y comprensión en cada etapa del proyecto.

Agradezco a mis hijos Rudy y Luis, a mis nietos Sahid, Marcelo y Emillo, gracias por su amor tierno y generoso que me impulsó a seguir mi meta.

Agradezco a mis hermanos Ronald, Maritza, Nelson, Laercio y Marta, por sus consejos y cariño.

Agradecimiento especial a nuestro director de escuela, Dr. Mauricio Vargas Fuentes, por su visión de convivencia amigable y respetuosa entre alumnos, docentes y personal, ayudando a alcanzar los sueños a las personas que ingresan a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

Agradezco a mis profesores(as) Dra. Rocío Sáenz, Dra. Milvia Rodríguez, Lic. María Nielsen Rojas, Dra. Sylvia Vargas, Dr. Jorge Vargas, Dra. Ingrid Gómez, Dra. Norma Law, Dra. Laura Brenes, Dr. Jeffrey Garita, Dr. Mario Castillo, Dr. Allan Barboza, Dr. Juan Carazo, Lic. Ivannia Fallas, Lic. Karol Rojas, Lic. Karen Masís, Lic. Jean Carlo Córdoba, Dra. Natalia Villalobos, Dra. Ileana Vargas, Dra. Gabriela Sancho, Eilyn Alfaro, Dra. Yesenia Montero, y Marianela Salazar, por sus conocimientos y ejemplo compartido.

Agradezco a todo el personal administrativo de la Escuela de Salud Pública por su eficiencia y atención en los procesos que gestioné desde mi etapa de estudiante hasta la graduación.

Agradezco a John Mac William, Stand Roland, Dr. Hugo Gómez, Dra. Viviana Mackleod, Lic. Truddy Bekker, Develt Dieuveuil, Osse Saint Juste y los niños «restabek» (esclavos) de Haití, por permitirme aprender junto a ellos la práctica de campo de Promoción de la Salud en diferentes contextos.

Agradezco a mis compañeras Katia, Adriana, Jeffer, Aurem, Melissa, Evelyn, Stephanie, Sandra, Paola, Paulita, Priscila y Krysia, por hacer mi experiencia en las aulas más enriquecedora.

Finalmente, agradezco a Dios por su constante presencia dándome la fe y la fuerza para lograr mis sueños y continuar sirviendo a la humanidad.

*«Los sueños nunca mueren, se alcanzan mientras caminas, por eso levántate, sacúdete, mira al frente y sigue caminando»*

*Auristela Salazar, 2019.*

## TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	v
RECONOCIMIENTOS .....	vi
TABLA DE CONTENIDO .....	vii
LISTA DE TABLAS .....	xii
LISTA DE FIGURAS .....	xv
LISTA DE ABREVIATURAS .....	xviii
RESUMEN.....	xix
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Introducción .....	2
1.2 Justificación .....	3
1.3 Antecedentes.....	5
1.3.1 Antecedentes internacionales.....	6
1.3.2 Antecedentes nacionales.....	10
1.4 Pregunta .....	14
1.5 Objetivos.....	14
1.5.1 Objetivo general.....	14
1.5.2 Objetivos específicos.....	14
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	15
2.1 La persona adulta mayor y los derechos humanos .....	16
2.2 La adultez mayor como construcción sociocultural .....	20
2.3 Proceso de envejecimiento y vejez .....	21
2.4 Diferentes definiciones sobre la vejez.....	22
2.5 Familia, ambiente familiar y persona adulta mayor .....	23
2.6 Familia .....	25
2.7 Apoyo familiar a la persona adulta mayor .....	26
2.8 Promoción de la Salud: una perspectiva para promover el bienestar a la persona adulta mayor.....	27
2.9 Bienestar de la persona adulta mayor en familia.....	28
2.9.1 Determinantes sociales que influyen en el bienestar de la persona adulta mayor	28
2.9.2 Determinante de convivencia de la persona adulta mayor .....	30

2.9.3 Determinante biológico de la persona adulta mayor.....	31
2.9.4 Determinante de entornos saludables en la persona adulta mayor.....	32
2.9.5 Determinante del autocuidado de la persona adulta mayor.....	32
2.9.6 Determinante del apoyo familiar a la persona adulta mayor.....	33
2.10 Calidad de Vida.....	34
2.11 Contexto nacional.....	34
2.12 Contexto Local.....	37
2.12.1 Misión.....	38
2.12.2 Visión.....	38
2.12.3 Recursos.....	38
2.12.3.1 Recursos financieros.....	39
2.12.3.2 Recursos humanos.....	39
2.12.4 Zona Azul en Costa Rica.....	39
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	43
3.1 Enfoque.....	44
3.2 Perspectiva fenomenológica.....	45
3.3 Tipo de investigación.....	45
3.4 Diseño de la investigación.....	46
3.5 Personas participantes en la investigación.....	47
3.6 Criterios de inclusión.....	47
3.7 Criterios de exclusión.....	48
3.8 Unidad de análisis.....	48
3.9 Sujeto de estudio.....	48
3.10 Objeto de estudio.....	48
3.11 Método muestra.....	49
3.11.1 Tipo de muestra cualitativa.....	49
3.11.2 Tamaño de la muestra cualitativa.....	49
3.11.3 Tipo de muestra cuantitativa.....	49
3.11.4 Tamaño de la muestra cuantitativa.....	50
3.11.5 Tiempo.....	51
3.11.6 Lugar de la investigación.....	51



3.11.7 Fuente.....	52
3.11.8 Consideraciones éticas de la investigación .....	52
3.12 Técnicas e instrumentos para la recolección de información.....	53
3.12.1 Encuesta.....	53
3.12.2 Entrevista semiestructurada.....	56
3.12.3 Observación no participante.....	57
3.13 Diagnóstico del proyecto.....	57
3.14 Beneficiarios del proyecto.....	59
3.14.1 Aporte a la carrera de Promoción de la salud.....	60
3.15 Plan de trabajo.....	61
3.15.1 Etapa de gestión .....	61
3.15.2 El campo.....	62
3.15.3 Plan de análisis.....	62
3.15.4 Presentación pública de la investigación.....	63
3.16 Recursos.....	64
3.17 Variables de estudio y categorías de análisis.....	64
3.17.1 Características sociodemográficas.....	64
3.17.2 Características del apoyo familiar a la persona adulta mayor.....	64
3.18 Desarrollo de una propuesta de apoyo familiar a la persona adulta mayor desde la Promoción de la Salud.....	67
3.19 Alcances y limitaciones.....	68
3.20 Cronograma de actividades del proyecto para el 2018.....	69
3.21 Plan de Garantía Ética.....	70
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	72
4.1 Resultados.....	74
4.1.1 Características sociodemográficas de la persona adulta mayor y su familia .....	74
4.1.2 Caracterización del apoyo familiar .....	97
4.1.3 Resultados de entrevista a personas adultas mayores y sus familias .....	114
4.1.4 Resultados de entrevista a los familiares de las personas adultas mayores .....	118
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	122
4.2.1 Características sociodemográficas de la persona adulta mayor y su familia. ....	122

4.2.2 Características del apoyo familiar a la persona adulta mayor .....	138
4.2.3 Aporte de las personas adultas mayores y sus familias .....	144
4.2.4 Análisis de resultados de la Escala Apgar .....	151
4.2.5 Análisis de resultados de la Escala de Fortaleza del Apoyo Familiar .....	154
4.2.6 Análisis de resultados de la Escala de Satisfacción de la Vida .....	156
4.2.7 Análisis desde el Enfoque de la Promoción de la Salud, los determinantes, oportunidades, limitaciones, acciones, actores sociales y entorno .....	165
4.2.8 Acciones enfocadas desde la Promoción de la Salud sugeridas al ente rector ...	171
4.3 Descripción del objeto estudiado .....	176
4.4 Evaluación diagnóstica .....	177
4.5 Plan de acción .....	178
4.5.1 Objetivo general.....	178
4.5.2 Objetivos específicos .....	178
4.5.3 Justificación .....	179
4.5.4 Tipo de intervención.....	181
4.5.5 Validación de la propuesta.....	183
4.5.6 Plan de trabajo.....	184
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	185
5.1 Conclusiones .....	186
5.1.1 Características sociodemográficas .....	186
5.1.2 Caracterización del apoyo familiar a la persona adulta mayor .....	187
5.2 Conclusiones generales.....	190
5.3 Recomendaciones .....	191
5.3.1 Al ente rector .....	191
5.3.2 Al Área Rectora de Salud de Escazú .....	193
5.3.3 A la Universidad de Costa Rica.....	194
5.4 Incógnitas resueltas y posibles temas por investigar.....	194
5.5 Logros del proyecto .....	195
5.6 Resultados generales y recomendaciones.....	196
LISTA DE REFERENCIAS.....	197
APÉNDICES .....	207

Apéndice A Instrumentos de investigación.....	208
Apéndice B Entrevista a la persona adulta mayor y su familia .....	213
Apéndice C Proyecto: Formulación de estrategia de apoyo familiar a la persona adulta mayor por parte del ente rector.....	214
Apéndice D Tablas .....	237
ANEXOS .....	265
Anexo N.° 1 Fórmula de Consentimiento Informado .....	266
Anexo N.° 2 Carta de interés del Área Rectora de Salud de Escazú.....	270

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Cálculo población PAM total por barrios.....	50
Tabla 2 Cálculo de muestra PAM por estratos o barrios .....	51
Tabla 3 Escala de satisfacción de la vida.....	54
Tabla 4 Variables y categorías analizadas para los objetivos de la investigación .....	65
Tabla 5 Plan tentativo de actividades.....	184
Tabla 6 Distribución de frecuencias según sexo de los entrevistados.....	237
Tabla 7 Distribución de frecuencias según grupos de edad de los entrevistados.....	237
Tabla 8 Distribución de frecuencias según sexo y rangos de edad.....	238
Tabla 9 Distribución de frecuencias según el estado civil de los entrevistados .....	238
Tabla 10 Distribución de frecuencias según sexo y grupos de edad y estado civil.....	239
Tabla 11 Distribución de frecuencias de la asistencia a la escuela en los entrevistados.....	240
Tabla 12 Distribución de frecuencias de la escolaridad de los entrevistados .....	240
Tabla 13 Distribución de frecuencias del sexo y escolaridad de las personas adultas mayores .....	241
Tabla 14 Distribución de frecuencias del sexo y estado civil de las personas adultas mayores .....	241
Tabla 15 Distribución de frecuencias del aseguramiento de los entrevistados.....	242
Tabla 16 Distribución de frecuencias según la número de hijos que tienen los entrevistados .....	242
Tabla 17 Distribución de frecuencias según condición laboral actual de las personas adultas mayores .....	243
Tabla 18 Distribución de frecuencias según el origen de los ingresos que tienen los entrevistados.....	243
Tabla 19 Distribución de frecuencias según fuente de ingresos, condición laboral y sexo ..	244
Tabla 20 Distribución de frecuencias del sexo y origen de ingresos en las personas adultas mayores .....	244

Tabla 21 Distribución de frecuencias según la presencia de necesidades no satisfechas .	245
Tabla 22 Distribución de frecuencias de las necesidades no satisfechas según sexo.....	245
Tabla 23 Distribución de frecuencias según relación que mantiene la PAM con la familia .	246
Tabla 24 Distribución de la prevalencia de enfermedades presentes en los entrevistados .	246
Tabla 25 Distribución de la prevalencia de enfermedades en los entrevistados según sexo .....	247
Tabla 26 Distribución de frecuencias según el lugar al que asiste a control cuando se enferma el adulto mayor.....	247
Tabla 27 Distribución de frecuencias del lugar donde asiste la persona adulta mayor cuando se enferma según rango de edad.....	248
Tabla 28 Distribución de frecuencias según el origen de los ingresos de la familia.....	248
Tabla 29 Distribución de frecuencias según relaciones entre la familia y la persona adulta mayor.....	249
Tabla 30 Distribución de frecuencias según la persona proveedora de las necesidades materiales .....	249
Tabla 31 Distribución según la frecuencia de comunicación con familiares y conocidos .....	250
Tabla 32 Distribución de frecuencias según las muestras de funcionalidad familiar con la persona adulta mayor .....	250
Tabla 33 Distribución de frecuencias de la función familiar en el apoyo a la persona adulta mayor, según la percepción positiva «Casi siempre».....	251
Tabla 34 Distribución de frecuencias de la función familiar en apoyo a la persona adulta mayor, según la percepción positiva «casi siempre» y sexo .....	251
Tabla 35 Distribución de frecuencias a la afirmación: «El tipo de vida que llevo es el que siempre soñé» .....	252
Tabla 36 Distribución de frecuencias a la afirmación: «Las condiciones de mi vida son excelentes».....	252
Tabla 37 Distribución de frecuencias a la afirmación: «Estoy satisfecho(a) con mi vida»....	253
Tabla 38 Distribución de frecuencias a la afirmación: «Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida».....	253

Tabla 39 Distribución de frecuencias a la afirmación: «Si tuviera que vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviese a ser igual» .....	254
Tabla 40 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de Vida, según la percepción más alta de la escala en 7, para «Totalmente de acuerdo» y sexo de la persona adulta .....	254
Tabla 41 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según contraste de valores mas bajos (1 y 2 ) frente a valores máximos (6 y 7) .....	255
Tabla 42 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según contraste de valores más bajos (1 y 2) frente a valores máximos 6 y 7) y sexo .....	256
Tabla 43 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según promedio de valores de respuesta por rango de edad .....	257
Tabla 44 Variables de estudio para el objetivo 1 del TFG .....	258
Tabla 45 Operacionalización de variables de estudio para el objetivo 1 del TFG .....	261
Tabla 46 Categorías de análisis para el objetivo 2 del TFG .....	262
Tabla 47 Categorías de análisis para el objetivo 3 del TFG .....	264

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Organigrama Área Rectora de Salud de Escazú, Ministerio de Salud.....	39
Figura 2 Mapa conceptual de variables y categorías del proyecto .....	66
Figura 3 Distribución de frecuencias según sexo de los entrevistados.....	74
Figura 4 Distribución de frecuencias relativas según rangos de edad de los entrevistados ..	75
Figura 5 Distribución de frecuencias relativas según sexo y rangos de edad.....	76
Figura 6 Distribución de frecuencias relativas según el estado civil de los entrevistados.....	77
Figura 7 Distribución de frecuencias porcentuales según sexo y grupos de edad y estado civil .....	79
Figura 8 Distribución de frecuencias relativas de los entrevistados que asistieron a la escuela en algún momento .....	80
Figura 9 Distribución de frecuencias relativas de la escolaridad de los entrevistados .....	81
Figura 10 Distribución de frecuencias relativas del sexo y escolaridad de las personas adultas mayores.....	82
Figura 11 Distribución de frecuencias relativas del sexo y estado civil de las personas adultas mayores .....	83
Figura 12 Distribución de frecuencias del aseguramiento de los entrevistados.....	84
Figura 13 Distribución de frecuencias relativas según la cantidad de hijos que tienen los entrevistados.....	85
Figura 14 Distribución de frecuencias relativas según condición laboral actual en los adultos mayores .....	86
Figura 15 Distribución de frecuencias relativas según el origen de los ingresos que tienen los entrevistados.....	87
Figura 16 Distribución de frecuencias relativas según fuente de ingresos, condición laboral y sexo .....	88
Figura 17 Distribución de frecuencias relativas por sexo y origen de los ingresos en las personas adultas mayores .....	89

Figura 18 Distribución de frecuencias relativas según la presencia de necesidades no satisfechas.....	90
Figura 19 Distribución de frecuencias relativas de las necesidades no satisfechas según sexo .....	91
Figura 20 Distribución de frecuencias según relación que mantiene con la familia .....	92
Figura 21 Distribución de prevalencia de enfermedades presentes en los entrevistados .....	93
Figura 22 Distribución de prevalencia de enfermedades en los entrevistados según sexo ...	94
Figura 23 Distribución de frecuencias relativas según el lugar al que asiste a control cuando se enferma .....	95
Figura 24 Distribución de frecuencias relativas del lugar donde asiste la persona adulta mayor cuando se enferma según rango de edad .....	96
Figura 25 Distribución de frecuencias relativas según el origen de los ingresos de la familia	97
Figura 26 Distribución de frecuencias porcentuales según relaciones entre la familia y el adulto mayor .....	98
Figura 27 Distribución de frecuencias relativas según la persona proveedora de las necesidades materiales.....	99
Figura 28 Distribución relativa según la frecuencia de comunicación con familiares y amigos .....	101
Figura 29 Distribución de frecuencias porcentuales según función de la familia en apoyo a la persona adulta mayor .....	102
Figura 30 Distribución de frecuencias porcentuales de la función familiar en el apoyo a la persona adulta mayor, según la percepción positiva «casi siempre» .....	103
Figura 31 Distribución de frecuencias relativas de la función familiar en apoyo a la persona adulta mayor, según la percepción positiva «casi siempre» y sexo .....	104
Figura 32 Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «El tipo de vida que llevo es el que siempre soñé».....	105
Figura 33 Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «Las condiciones de mi vida son excelentes» .....	106



Figura 34 Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «Estoy satisfecho(a) con mi vida» .....	107
Figura 35 Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida» .....	108
Figura 36 Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «Si tuviera que vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviese a ser igual» .....	109
Figura 37 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según la percepción más alta de la escala 7 para «totalmente de acuerdo» y sexo de la persona adulta mayor .....	110
Figura 38 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según contraste de valores mínimos (1 y 2) frente a valores máximos (6 y 7) .....	111
Figura 39 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según contraste de valores más bajos (1 y 2) frente a valores máximos (6 y 7) y sexo ...	112
Figura 40 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según promedio de valores de respuesta por rango de edad .....	113
Figura 41 Política Fortalecimiento del Apoyo Familiar desde el ente rector 2018.....	175

## LISTA DE ABREVIATURAS

AARP	Asociación Americana de Personas Jubiladas, USA
ARS	Área Rectora de Salud
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAPAM	Consejo Nacional del Adulto Mayor
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicio Social, España
INEC	Instituto Costarricense de Estadística y Censo
MIDEPLAN	Ministerio de Desarrollo y Planificación
MS	Ministerio de Salud de Costa Rica
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPAC	Online Public Access Catalog (Catálogo en Línea de la Universidad de Costa Rica)
PAM	Adulto mayor o persona adulta mayor
TFG	Trabajo Final de Graduación
UCR	Universidad de Costa Rica

### **Ficha bibliográfica**

**Título:** Integración de la convivencia amigable del núcleo familiar con la persona adulta mayor mediante un enfoque de la Promoción de la Salud desde el ente rector, 2018.

**Autora:** Auristela Salazar Murillo

**Unidad académica:** Salud Pública

**Título al que se opta:** Licenciatura en Promoción de la Salud

**Director del Trabajo Final de Graduación:** MSc. Fernando Herrera Canales

**Descriptor:** Promoción de la salud, apoyo familiar, persona adulta mayor, fortalecimiento, convivencia amigable, calidad de vida.

## **RESUMEN**

Introducción: El fin fue aportar al ente rector una propuesta que desde la promoción de la salud aborde el apoyo familiar a la persona adulta mayor, incrementando la relación amigable en el núcleo familiar. Objetivo: Fortalecer desde el ente rector de la salud el apoyo familiar para las personas adultas mayores, mediante el desarrollo del componente de la Promoción de la Salud en la integración de la familia, que mejore su calidad de vida durante el 2018. Metodología: Se realizó una investigación con enfoque mixto, descriptiva transversal, con una perspectiva fenomenológica. La muestra fue de 108 personas adultas mayores y diez familias. Los participantes fueron las personas adultas mayores (PAM) y sus familias, y los instrumentos usados la encuesta y la entrevista semiestructurada. Resultados: La mayoría de la PAM recibe de la familia apoyo emocional, instrumental, social y salud, por lo que está «altamente satisfecho» con su vida Conclusiones: Es una oportunidad para el ente rector potenciar el apoyo familiar mediante una política que favorezca la convivencia amigable, garantizando mejor calidad de vida y previendo el riesgo de la violencia y el maltrato a la PAM.

**CAPÍTULO I**  
**INTRODUCCIÓN**

## 1.1 Introducción

La presente propuesta se plantea en la modalidad de proyecto de graduación y busca fortalecer desde el ente rector el abordaje del apoyo que brinda el núcleo familiar a la persona adulta mayor desde la Promoción de la Salud, mediante acciones que generen entornos amigables para mejorar su convivencia y calidad de vida.

El proyecto se realiza en los barrios La Avellana, La Nuez, Santa Teresa y San Antonio Centro de San Antonio de Escazú, con las personas adultas mayores de 65 años que viven con su familia.

La investigación es descriptiva transversal, basada en la perspectiva fenomenológica, con un enfoque mixto, usándose como técnicas de recolección de información la encuesta con tres escalas y la entrevista semiestructurada. Se aplicaron los principios de garantía ética vigentes, respetando las vulnerabilidades y derechos de los sujetos del estudio, en este caso personas adultas mayores y sus familias.

Surgió como respuesta a la necesidad planteada por el ente rector de crear propuestas desde la Promoción de Salud que aborden las necesidades de la población, que se ve afectada por el aumento de este grupo etario, la presencia de vacíos de información acerca de sus condiciones y la firme decisión de acatar las recomendaciones tanto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) [Huenchuan, 2013a] como de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2018], que señalaron la importancia del cuidado y apoyo a la PAM que le permita «envejecer en casa».

El proyecto pretende, mediante la investigación del apoyo familiar a las personas adultas mayores, identificar en el proceso las características de los participantes, ventajas, fortalezas y vacíos presentes del apoyo familiar en la zona. Posteriormente, se plantea una propuesta que se considere como herramienta para incrementar las habilidades del núcleo familiar que fortalezca la calidad de vida de la PAM y su convivencia como parte de un proceso de Promoción de la Salud.

Ante esta situación se investigó y se presentó desde la Promoción de la Salud una propuesta que coincide con el plan estratégico y función del ente rector, fortaleciendo desde una visión positiva de la salud, las oportunidades y factores protectores del apoyo a este grupo de población. Con la propuesta se desarrollarán acciones dirigidas a la familia, que es un actor influyente en afectar positivamente la calidad de vida de la PAM, la comunidad, actores sociales, grupos organizados y sociedad en general.

Por tanto, se presenta el desarrollo de una propuesta de apoyo familiar para el ente rector que servirá como herramienta para fortalecer su abordaje desde el interior del núcleo familiar, pretendiendo así una mayor integración de sus miembros que favorezca en un mayor grado de bienestar a la PAM en su entorno próximo mientras «envejece en casa».

## **1.2 Justificación**

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), el aumento de población de personas adultas mayores llegará a un 35 % en el 2060 en España, al 19 % en Chile en el 2025, 38 % en México en el 2030 y en Costa Rica, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2018), se estima en un 12.5 % de personas adultas mayores al 2025.

Este aumento de población a nivel mundial demanda de los Estados una acción planificada de los sistemas de salud, instituciones y comunidad, para atenderles oportunamente, creando proyectos que involucren la sociedad y, especialmente, la familia que es la mayor aportadora del apoyo al bienestar de la PAM (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003, pp. 2-14). En total consonancia con esto, en Costa Rica también se incrementará la población adulta mayor, por lo que se hace necesario la creación y «ejecución de planes, programas y proyectos que prevengan la vulnerabilidad y propicien mejoramiento en la calidad de vida» (Conapam, 2016, p. 12), que involucren a la familia como su principal cuidadora.

De ello se desprendió la creación de la «Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021», que propuso entre sus acciones la formación académica desde

los primeros niveles y propiciar la Promoción de la Salud estimulando los estilos de vida saludable como estrategia para que los PAM vivan una experiencia de envejecimiento y vejez saludable, lo que indica el interés y apertura del Estado por proteger su salud a través de proyectos formativos, oportunidad que se abrió para iniciativas como la que presenta esta investigación (Conapam, 2011, p. 19).

También, en Costa Rica se aprobó la Ley N.ª 9394 que especifica la protección de los derechos humanos de los PAM, en la cual se menciona en su artículo 9, punto g, el compromiso del gobierno costarricense a «desarrollar programas de capacitación dirigidos a familiares» (Asamblea Legislativa, 2011, p. 18), que cuiden personas adultas mayores con el fin de prevenir la violencia y que las familias cuenten con conocimientos y habilidades para protegerlas, esto respalda claramente el objetivo del estudio acerca de la importancia de educar al núcleo familiar para que brinde apoyo adecuado a la PAM en su convivencia juntos.

De acuerdo con Corrales y Carvajal (2017), se señala la necesidad de caracterizar este grupo de población, dado que corresponde a 1 366 personas en el distrito de San Antonio de Escazú, de ellos, solo 233 reciben atención en los servicios de salud locales.

Aunado a esto, se declaró por el Área Rectora de Salud al cantón de Escazú «Cantón 100 % amigable con la persona adulta mayor», propuesta que sigue los lineamientos e iniciativas de la OMS (2007), que declara la propuesta de las «Ciudades globales amigables con el adulto mayor», lo que promueve un compromiso para brindarles la mejor calidad de vida posible.

Es en respuesta a estos lineamientos que se afianzan acciones que permitan respaldar esta declaración y que como ente rector en cumplimiento de su función se trate de plasmar políticas que promuevan el componente de la Promoción de la Salud con lineamientos para fortalecer la salud de la PAM desde diferentes escenarios como la familia, los actores sociales, las instituciones y la sociedad para una convivencia amigable con las personas adultas mayores (MS, 2017, p. 22).

Consecuentemente, se considera que el apoyo familiar aporta sentido de pertenencia, parentesco, amor, «lazos de responsabilidad mutua y soporte

emocional» (Barros y Muñóz, 2001, p. 2; Puga, Rosero, Glaser y Castro, 2007, p. 5), cumpliendo un rol determinante en las emociones de la persona adulta mayor que la reafirma y le da mayor sentido de vida. Estas características son importantes para proteger la salud, favorecer el alcance de metas y sueños pendientes de la PAM, aportando una respuesta viable al cuidado de la salud de estas personas de la zona.

Como señalan numerosos otros estudios, los sistemas de salud de diferentes países no se encuentran preparados para brindar los cuidados a los que tienen derecho las PAM, causado por un incremento de esta población (Guzmán et al., 2003; Cepal, 2005; OMS, 2015; Puga et al., 2007). Por tal razón, la Promoción de la Salud abre la puerta a la oportunidad para potenciar fortalezas en la población como son el apoyo familiar y la estrategia económica, de manera que se pueda dar respuesta social a las necesidades de este grupo etario, que requiere atención pronta por medio de iniciativas que aborden el apoyo desde diferentes estrategias de acción.

Esta propuesta está dirigida a buscar que desde la Promoción de la Salud se contribuya a fortalecer el apoyo familiar para la persona adulta mayor dentro de su núcleo familiar, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y que esta herramienta sirva al ente rector para la implementación de políticas y planes que favorezcan su rol en materia de atención a la PAM dentro de su entorno familiar.

La presente investigación cumple con el respeto y consideración de los principios vigentes de autonomía, beneficencia, no maleficencia y derechos humanos, procurando siempre el bienestar y protección a la persona adulta mayor que es parte de la investigación.

### **1.3 Antecedentes**

La OMS (2018) promueve el «envejecimiento en casa», reconociendo que la familia es la herramienta fundamental para crear un entorno adecuado para una vejez positiva de la persona adulta mayor. A nivel mundial ya se aceptó el aumento de este grupo etario, pero muy pocos Estados se han preparado para intervenciones



educativas a la familia sobre los cambios demográficos que se deben enfrentar en el corto y mediano plazo.

### **1.3.1 Antecedentes internacionales**

El apoyo familiar se vio reflejado en el cuidado domiciliar en Europa después de la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra a partir de 1946, en Holanda en 1947 y en Dinamarca en 1948. Así, los países nórdicos se han colocado a la cabeza en cuanto al cuidado familiar de los adultos mayores en casa, por ejemplo en Dinamarca atienden un 20 %, en Noruega un 14 %, en Suecia un 12 % y en Finlandia un 10 %. También, en Gran Bretaña y Australia ha aumentado el cuidado del adulto mayor en la familia en un 7 %, y en Francia y Bélgica en un 6 %. (Roqué, 2010, p. 39).

En Latinoamérica, Argentina encabeza la lista de países que han creado políticas sociales que plantean proteger de manera integral al adulto mayor, no considerándolos como beneficiarios, sino titulares de derechos que los protegen. Por tal razón, desde 1996, el Ministerio de Desarrollo Social creó el «Programa Nacional Domiciliar» que considera el apoyo familiar como «la herramienta fundamental para garantizar el derecho de los adultos mayores de «envejecer en casa» (Roqué, 2010, p. 39). Para lograr el objetivo han creado los manuales que han permitido capacitar a 17 000 personas de familias que cuidan adultos mayores en todo el país.

Argentina fue el primer país del mundo que declaró los «Derechos y Decálogo de la Ancianidad» en la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en París en 1948 y lo incorporó a la Constitución en 1949. Entre los derechos establecía el respeto, protección y apoyo familiar al adulto mayor, así como a la dignidad y libertad, principios luego incorporados por las Naciones Unidas en la resolución 46 de 1991 (Roqué, 2010, p. 44).

También en el boletín 06 del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores, publicado en Madrid en diciembre del 2014, se mencionó la importancia que ocupa el permanecer en casa para la persona adulta mayor, dada la seguridad que esto le proporciona. Según Riaño (2014, p. 04), el 90 % de los adultos mayores prefirieron vivir en casa por lo conocido y seguro de su entorno, las personas

que les rodean son cercanas y es donde adquirieron su identidad entre recuerdos y vivencias; enfatizó el rol fundamental de la educación a cuidadores profesionales o familiares que brindan apoyo y cuidado en el hogar a esta población.

Con respecto a las personas que apoyan o cuidan a las personas adultas mayores, se dice que la mayoría son mujeres, que lo hacen sin recibir salarios y que llevan sobre sus hombros un desgaste mental, psicológico y físico que desemboca en el síndrome de Burnout. Para que el apoyo familiar a la PAM sea equilibrado se necesita la regulación y capacitación a las familias para que se distribuya la carga de trabajo del cuidador con los demás miembros de la familia.

Debido a la necesidad de que el cuidador de la PAM se encuentre con buena salud para que brinde un apoyo adecuado, en España, Crespo y López (2007) realizaron un estudio llamado «El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: Cuidemos su bienestar», el cual refirió a una investigación profunda sobre las características de estas personas. Dadas las condiciones de salud de estos cuidadores por la carga extra de trabajo y estrés, se creó en España una ley para la promoción de la autonomía personal y atención de situación de dependencia de la PAM y sus familias, con un enfoque psicológico para mejorar la calidad de vida del cuidador y de la persona adulta mayor (Crespo y López, 2007)

En la región latinoamericana, a pesar de que la mayoría envejece en casa, se hace necesario, según Rico (2015, párr. 4), «el aporte social y económico del trabajo de cuidados y de las personas que los realizan deben ser considerados plenamente en los marcos legales, institucionales y de políticas de los países de América Latina y el Caribe», vacíos socio sanitarios de los países que deben ser provistos con políticas públicas que regulen y fortalezcan el cuidado y apoyo a la PAM, con carácter inclusivo de la familia, ya que es este núcleo familiar el que aporta la mayoría de los cuidadores.

Asimismo, Rico (2015, párr. 8) indicó que

El Estado tiene un rol central en términos de garantizar el derecho a cuidar, ser cuidado y auto cuidarse, quien recordó que en ausencia de políticas públicas sustantivas el trabajo de cuidados –tanto remunerado como no remunerado- se realiza en condiciones de invisibilidad y desprotección social.

Se debe procurar el bienestar del cuidador, quien, por lo general, es mujer y familiar, que atiende la carga de trabajo familiar más la sobrecarga de cuidar y apoyar a la PAM, actividad intensa y estresante que les agota y enferma hasta quemarles, como lo expresan Crespo y López (2006):

Aunque el perfil de los cuidadores es muy variado, por lo general se trata de familiares (especialmente los más cercanos –esposos e hijos principalmente-, y en particular cuando la dependencia se hace más severa), que se hacen cargo de una gran cantidad de tareas y que hacen un uso escaso de los servicios de apoyo formal, lo que les pone en una situación de alta vulnerabilidad. El asumir el papel de cuidador constituye, pues, una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales (p. 13).

Lo que muestra que el fortalecimiento del apoyo familiar debe incluir políticas que protejan la salud del cuidador, pues eso asegura la calidad de apoyo que recibirá la PAM.

En Perú, Supo (2015) realizó un estudio descriptivo transversal dirigido a conocer el apoyo familiar a las necesidades físicas, de seguridad, comunicación, aprecio, recreación y salud mental; en él concluyó que las familias no cumplieron las demandas necesarias y bajo esta condición recomendó la imperativa necesidad de que los profesionales trabajen en la prevención y promoción de la salud fortaleciendo el apoyo familiar para la persona adulta mayor, especialmente en las áreas económica y emocional, aporte que coincide con los objetivos de este estudio.

También, en Perú se realizó una investigación sobre la influencia del entorno familiar en la calidad de vida de la persona adulta mayor, cuyo propósito fue su efecto en esta población, encontrándose que

Se debe impulsar campañas de reconocimiento y fortalecimiento sobre la capacidad de la familia para asumir responsabilidades específicas en relación a las personas adultas mayores. Considerando que es la familia la unidad básica reconocida por la sociedad, e incentivar la solidaridad entre las generaciones que la integran (Quesquén, 2015, p. 96).

Quesquén (2015) concluyó que el vacío que se ha presentado en la capacidad familiar para enfrentar los cambios demográficos de transición produjo conflictos internos en la familia que causaron hostilidad y frustración para brindar el apoyo adecuado al adulto mayor sin complicaciones familiares que afectaran su salud.

En Ecuador se efectuó un estudio sobre calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor. El interés fue investigar la influencia de la familia, funcional o no, en la calidad de vida del adulto mayor que convive con la familia, en el cual se concluyó: «la calidad de vida del adulto mayor depende de factores externos como el acompañamiento familiar, y factores que vienen de la familia como el afecto, cariño, armonía y buena comunicación» (Segarra, 2017, p. 31). Estas acciones fortalecerán la estima, las relaciones, la independencia y el buen ánimo, elementos importantes que debe conocer la familia dando soporte emocional al adulto mayor e indicadores que son importantes por su influencia en su calidad de vida.

Asimismo, según Segarra (2017, p. 34), se manifestó el mantenimiento de la calidad de vida del adulto mayor, ya que se le permitió, con el apoyo familiar, participar en las labores del hogar, por lo que se sintió útil para sus familiares y su estima mejoró, influencia que se trata de definir en esta investigación.

Ante la pregunta de este autor ¿Qué necesitan los adultos mayores para ser felices?, se descubrió que no es riqueza o bienes, sino que: «la salud interrelacionada sinérgicamente con aspectos familiares como una familia unida, muestras de cariño, solidaridad y respeto influyen positivamente en el adulto mayor, tanto física, como emocionalmente proporcionando felicidad y buen vivir y repercutiendo en una vida mejor» (Segarra, 2017, p. 35).

Los antecedentes mencionados se consideran fundamentales y permitirán a la Promoción de la Salud una planificación anticipada de planes, programas o proyectos que dediquen más atención al apoyo familiar desde la atención primaria, estimulando la cultura para aprender a cooperar con la PAM, favoreciendo su salud y no solo la atención en casos de enfermedad, razón que beneficia su integración en el núcleo familiar.

En la investigación de Segarra (2017, p. 42), se concluyó que es necesario intervenir la familia, la cual es la responsable de mantener la unidad y enfatizar en los hijos y nietos una actitud de respeto y solidaridad hacia la persona adulta mayor. Mencionó que el respeto y la solidaridad son valores intrínsecos en la familia, que se tienen que practicar internamente y al hacerlo mantienen mejores relaciones que dan soporte para mantener un entorno agradable en el núcleo familiar y para la PAM, elementos que son de gran significado para el diseño de la propuesta que se va a plantear.

Recientemente en Estados Unidos, en el 2016, la Oficina Nacional de Censo y la Alianza Nacional para el Cuidado (AARP, 2009), realizaron un estudio comparativo sobre la cantidad de adultos mayores latinos con respecto a otras nacionalidades y se encontró que para el año 2045 habrá 30.7 millones de adultos mayores latinos en ese país.

Sin embargo, el estudio reveló que es el latino el que más se ocupa en dar apoyo familiar y cuidados a sus adultos mayores, ya que sobre las demás poblaciones, les superó en un 21 %, invirtiendo más ingresos y hasta un 52 % de tiempo en sus cuidados (AARP, 2009), aspecto cultural que favorece la investigación por desarrollar

Debido a ello, en el 2015 se creó en Estados Unidos una guía con traducción al español como herramienta para el apoyo familiar, con el fin de instruir a la familia latina en aspectos como inicio del diálogo con el adulto mayor, formar un equipo y elaborar un plan familiar de apoyo, ayudar en situaciones especiales, cuidar de sí mismo y de la familia, respetar sus deseos, donde se reconoce una tradición cultural positiva para el mantenimiento de la salud de las personas adultas mayores.

### **1.3.2 Antecedentes nacionales**

En América Latina los programas que promueven el desarrollo saludable y la calidad de vida del adulto mayor son necesarios y esenciales actualmente, esto debido al aumento constante de esta población, es así que es importante la creación de proyectos que les brinde oportunidades para reinserirse en la sociedad, que no

se sienta excluido de la misma, y un espacio de desarrollo de la persona tan adecuado como lo es el seno familiar, que ofrezca las condiciones para el disfrute de una vejez rodeada de amor (Guzmán et al., 2003, pp. 2-14).

Sin embargo, existe poca investigación en Costa Rica (Puga et al., 2007) referente a esta temática específica, pero sí se está practicando el apoyo familiar a la persona adulta mayor, especialmente cuando está enferma.

De acuerdo con la investigación de Puga et al. (2007) titulada *Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra*, se analizó el efecto en la salud del adulto mayor en relación con la red social más cercana, los vínculos con los miembros del hogar y los efectos en la salud durante la vejez, comparándolo con sociedades como la española e inglesa. Se insistió en el rápido crecimiento demográfico de este grupo etario y la importancia de que la planificación sanitaria, la salud pública y la administración de recursos tomen en cuenta estos elementos para el desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos encaminados a fortalecer su salud.

Se identificó, además, que las relaciones sociales de la PAM mediante la integración a grupos se ve altamente influenciada por condicionantes culturales o costumbres, políticas públicas de la sociedad a la que se pertenece (Puga et al., 2007, pp. 5-9). Estas características sociodemográficas se investigarán en Escazú, con la intención de producir en este proyecto una herramienta más adecuada a las particularidades de la PAM, sus necesidades y contexto cultural.

Los resultados del estudio de Puga et al. (2007) arrojaron la siguiente información:

Los adultos mayores de Costa Rica tienen las redes de apoyo familiar que son claramente más fuertes que las de las sociedades europeas, especialmente en la co-residencia. La soledad es muy infrecuente en los mayores costarricenses, menos del 10% vive en residencias unipersonales, comparado con el 33% británico y 23% de los españoles. Esta gran diferencia entre los costarricenses y los europeos parece basarse en la gran co-residencia intergeneracional latinoamericana donde más de la mitad conviven con algún hijo(a), mientras que

un 11% de los mayores británicos, y un 27 % de los mayores españoles viven junto a algún hijo. En general se destacó la alta longevidad y buen estado de salud de los mayores costarricenses que no difiere mucho de los europeos(as) [p. 11].

Asimismo, se identificó el rol preponderante del núcleo familiar en la influencia positiva en la salud de la persona adulta mayor, en que ante la enfermedad se recuperó más rápido en Costa Rica gracias al apoyo y cuidado familiar, lo que le agregó longevidad y calidad de vida satisfactoria.

Según la investigación, en Costa Rica se dio el apoyo familiar principalmente por la frecuencia y estrechez de la relación con la familia, en especial con la pareja y, en segundo lugar, los(as) hijos(as) que se relacionaron con más frecuencia. Esto construye una fortaleza y una oportunidad para que la planificación de calidad de vida de la persona adulta mayor se vea mejorada sustancialmente, razón para plantear la propuesta de una política.

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, es determinante el rol del entorno familiar en una propuesta de atención de la persona adulta mayor en su familia, con la idea de fortalecer los lazos de interacción y mejorar el disfrute de un mayor grado de bienestar, desarrollando habilidades para crecer en convivencia junto con las PAM.

También, en Costa Rica la Ley N.º 7935 plantea objetivos para cumplir el propósito de garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos, promoviendo elementos como participación activa en el proceso de formulación y aplicación de las políticas que les afecten, además de su permanencia dentro del núcleo familiar y comunitario (Asamblea Legislativa, 1999).

Esta ley busca la formación de organizaciones y participación de este grupo poblacional dentro de la sociedad, para aprovechar su experiencia y su conocimiento, y plantea una atención integral e interinstitucional, para garantizar la protección y seguridad social a la población mayor canalizada más comúnmente mediante los familiares.

La Red Nacional de Cuido para Adultos Mayores intentó implementar un nuevo modelo de atención integral a la población mayor de sesenta y cinco años. Según las metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014, el programa «Comunidades Solidarias» se desarrolló en cuarenta localidades vulnerables de los diez cantones rurales que registraron los peores índices de desarrollo social y en veintidós comunidades urbano-marginales, contando siempre con que detrás de cada adulto mayor hubo un grupo familiar que le acompañó en la mayoría de los casos (Mideplan, 2010).

En todo lo que respecta a los avances de la Red de Cuido, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (Conapam), con el apoyo de un grupo de especialistas y mediante un proceso participativo, formuló la propuesta denominada *Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica*, basada en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 (Conapam, 2011).

Un aspecto que sobresalió de esta propuesta es que el proyecto trató de «ofrecer respuestas diferenciadas según las características y necesidades de las personas adultas mayores, así como del entorno», y en lo que interesa al presente estudio se destacó de este plan la modalidad de «familias solidarias» que dará apoyo al adulto mayor con el soporte económico mínimo proveniente del Estado, dependiendo de las condiciones sociales, de vivienda y entorno de las familias donde convive el adulto mayor (Conapam, 2011).

Con esta modalidad se apoyó a las familias materialmente, pero se observó el vacío del plan en cuanto a la capacitación y desarrollo de habilidades que las familias necesitan para controlar las relaciones, trabajo, alimentación, resolución de conflictos, salud y demás asuntos que demanda el cuidado y protección de la persona adulta mayor en el núcleo familiar.



## **1.4 Pregunta**

¿Cómo se puede fortalecer desde el ente rector de la salud el apoyo familiar para las personas adultas mayores, mediante el Enfoque de Promoción de la Salud, durante el 2018?

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Fortalecer desde el ente rector de la salud el apoyo familiar para las personas adultas mayores, mediante el Enfoque de Promoción de la Salud en la integración de la familia, que mejore su calidad de vida durante el 2018.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

1. Determinar las características sociodemográficas de las personas adultas mayores y sus familias que provea un diagnóstico real de su condición de vida.
2. Analizar el apoyo familiar que recibe la persona adulta mayor para la construcción de alternativas que fortalezcan este componente en el grupo etario en estudio.
3. Desarrollar una propuesta enfocada en la Promoción de la Salud para la integración de la familia al apoyo familiar, que mejore la calidad de vida de la persona adulta mayor desde el ente rector.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

En este apartado mencionan conceptos que se refieren al tema por desarrollar en el presente proyecto, se definen sus significados y su relación para una mayor comprensión. Algunos conceptos importantes son:

## **2.1 La persona adulta mayor y los derechos humanos**

Es fundamental ubicarse desde lo establecido en los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991); la Proclamación sobre el Envejecimiento (1992); la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), así como los instrumentos regionales tales como la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia (2007), el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009), la Declaración de Compromiso de Puerto España (2009) y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012), y la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2018), que garantizan la dignidad y el respeto de las PAM para mejorar su calidad de vida y disfrute de su vejez, porque los derechos humanos son principios inherentes a cada persona y no caducan con la edad, y los deberán disfrutar todas las personas.

Aunque se mencionaron diferentes compromisos internacionales de los gobiernos, para efectos del presente estudio se debe señalar que se consideran algunos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y, a nivel nacional, la Ley N.º 7935 Ley Integral para la Persona Adulta Mayor aprobada en Costa Rica en 1999, y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2018) ratificada por la Asamblea Legislativa de Costa Rica el 26 de julio del 2016.

Las personas adultas mayores están protegidas por este derecho para recibir un trato igualitario en relación con personas de otras edades, son titulares a esos derechos que les asisten a todas las personas desde que nacen, con la universalidad en todo lugar y, además, estos derechos garantizan que se les consideren sujetos

dignos de recibir justicia en sus transacciones y a vivir en paz como afirma la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y citados por la Organización de las Naciones Unidas: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados de razón y consciencia, y deben comportarse fraternalmente los unos con los otros» (OEA, 2018, p. 2).

También el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos publicada por la OEA (2018) dice así:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (p. 7).

Esto obliga a los Estados comprometidos con dicha declaración de derechos y a la sociedad a velar por la seguridad de las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y emocionales de las personas adultas mayores. El presente proyecto se desarrolla con base en estos principios y valores de los que son titulares las PAM antes, durante y después de la investigación.

Como consecuencia se analiza el concepto de adulto mayor que posee muchos significados, dependiendo del contexto en el que se definió, valorando el deterioro o proceso de vejez que la persona hubiere alcanzado. Por ejemplo, en Costa Rica la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, artículo 2, definió a la persona adulta mayor como «toda persona de sesenta y cinco años o más» (Asamblea Legislativa, 1999). Sin embargo, es importante advertir que la adultez es un proceso de envejecimiento por el cual, inevitablemente, pasará toda persona y que después de determinada edad se le conocerá como persona adulta mayor, pero se deberá reconocer el proceso fisiológico corporal, cognitivo, emocional o psicológico en el que se encuentra y no tomar en cuenta solo la edad cronológica.

Son los familiares quienes contribuyen a la calidad de vida, al desarrollo del proceso de envejecimiento y la salud de la persona adulta mayor, por lo que es en

este entorno donde el núcleo familiar necesita desarrollar habilidades para motivar a sus miembros a una relación armoniosa y cooperativa entre ambas partes.

Algunos de los derechos de la PAM, según la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N.º 7935 de la normativa costarricense, se describen a continuación, dada la importancia que tienen en la dignificación de estas personas, la cual expresa el derecho que tienen a una mejor calidad de vida mediante la creación y ejecución de programas.

- a. El acceso a la educación, en cualquiera de sus niveles, y la preparación adecuada para la jubilación.
- b. La participación en actividades recreativas, culturales y deportivas promovidas por organizaciones, asociaciones, municipales o del Estado.
- c. La vivienda digna, apta para sus necesidades y que le garantice habitar en entornos seguros.
- d. El acceso a crédito que ofrecen las entidades públicas y privadas.
- e. El acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de atención, con el fin de que se vele por sus derechos e intereses, si se encuentra en riesgo social.
- f. Atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación.
- g. La pensión concedida oportunamente, con el fin de que le ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales.
- h. La asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- i. La participación en el proceso productivo del país, de acuerdo con sus posibilidades, capacidades, condición, vocación o deseos.
- j. La protección jurídica y psicosocial a las personas adultas mayores afectadas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial.
- k. El trato preferencial cuando efectúe gestiones administrativas en entidades públicas o privadas.
- l. La unión con otros miembros de su grupo etario, en la búsqueda de soluciones a sus problemas (Asamblea Legislativa, 1999, pp. 2-11).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2018), ratificada por Costa Rica, asumió el

compromiso de proteger a la PAM en sus derechos de los que son titulares y disminuir las vulnerabilidades que estos presenten. De esta manera, Costa Rica proveyó los instrumentos legales para exigir que los derechos humanos de la PAM se cumplan.

Sin embargo vale rescatar que aunque existen escritos y acuerdos ratificados, es necesario educar a la población en el reconocimiento de estos derechos a vivir en familia, barrio, comunidad, instituciones públicas y sociedad en general como un ejercicio genuino y real del respeto a estas garantías que el Estado debe ofrecer a esta población.

De la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es importante rescatar los siguientes artículos:

Artículo 7: Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.

Artículo 9, inciso g): Desarrollar programas de capacitación dirigidos a los familiares y personas que ejerzan tareas de cuidado domiciliario a fin de prevenir escenarios de violencia en el hogar o unidad doméstica.

Artículo 12: Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.

inciso iii) Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.

Artículo 19, inciso b): Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

Inciso o): Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan

tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar (OEA, 2018).

Los artículos mencionados definen las estrategias que los Estados están comprometidos a cumplir con respecto a la persona adulta mayor y su convivencia familiar, la educación y apoyo que se debe proveer al cuidador y a la familia para aumentar sus capacidades en el cuidado de este grupo de mayores.

La capacitación, el desarrollo de políticas y planes, el fortalecimiento de acciones y la implementación de estas que den las herramientas a las personas que rodean a la PAM a estar preparadas para dar atención a sus necesidades respetando sus derechos es el interés especial que presenta esta propuesta con el fin de procurar que la persona adulta mayor pueda «envejecer en casa» en un entorno conocido y seguro.

## **2.2 La adultez mayor como construcción sociocultural**

Algunos autores coinciden en que la edad de la adultez mayor se define por construcciones sociales del contexto sociocultural. Tal es así que Huenchuan (2013b) expone que

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada, aunque sin excepciones, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy vinculada con la edad fisiológica (p. 13).

El deterioro fisiológico por la edad afecta a la persona adulta mayor en su desempeño como persona de edad, pues las limitaciones funcionales o de autonomía dan pie a conceptos normados que provee la cultura y que se relaciona con su visión social.

Antiguamente y hasta épocas recientes se consideraba a una persona adulta mayor en su entorno como respetable, sabio, viejo, que tiene experiencia y valor, pero las sociedades cambiantes, según Huenchuan (2013b), las miran con déficit de capacidad, débiles, frágiles y dependientes de los demás, lo que significa que necesitan protección.

La concepción le dio un giro de interpretación ante la aparición de políticas y derechos que les devuelve la dignidad y los hace titulares de derechos, igual a todas las demás personas con dignidad, libertad e igualdad.

Esto es una respuesta a la desprotección que les afecta su dignidad y calidad de vida, garantizándoles ahora su rol de ciudadano, con derecho de participación, de trabajo, de salud, de respeto y autonomía. Esta investigación se orientó a considerar a la PAM como unidad de análisis que, sin importar el origen, sexo, edad, etnia, costumbres y cultura, participó con su experiencia en apoyo familiar a enriquecer la información por recolectar, tomando en cuenta el arraigo de prácticas culturales que se viven en Escazú.

### **2.3 Proceso de envejecimiento y vejez**

El ser humano pasa por una serie de etapas en la vida, en las cuales se producen cambios a nivel físico, social y psicológico. Una de esas etapas es la vejez. Esta se define como «la última etapa del ciclo de la vida donde se aprecian el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde se acepta la trayectoria de la vida con satisfacción» (Rodríguez, 2011, p. 15). Se considera, pues, una etapa que tiene gran valor por la experiencia que se aporta, pero que es compleja por múltiples cambios como los que afectan en cada fase del ciclo de vida.

En sus diferentes etapas el ser humano, dependiendo del entorno, sufre cambios:

Podemos afirmar que en la etapa de la vejez el ser humano ha sido el resultado del desarrollo del proceso del ciclo vital, el cual ha estado enmarcado por las características de lo que ha vivido, a lo largo de sus etapas a nivel individual, social, desde su historia de salud y de los determinantes de la PAM (estilos de vida, sistema de salud, ambiente, biología) [Rodríguez, 2001, p. 7].



## 2.4 Diferentes definiciones sobre la vejez

El proceso de envejecimiento inicia desde el nacimiento de la persona y se extiende a lo largo de su vida, presentándose definiciones específicas para cada etapa de la persona adulta mayor, que según Huenchuan (2013b, p. 14) son

*Edad fisiológica:* Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años.

*Senilidad:* El proceso que se manifiesta en aquellos sujetos que sufren un nivel de deterioro físico, mental o ambos, que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima.

*Viejos-viejos:* Minoría débil y enfermiza.

*Viejos-jóvenes:* Las personas mayores que, a pesar de la edad cronológica, son vitales, vigorosas y activas.

*Edad social:* Alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica.

Para la atención a la persona adulta mayor se cuenta también con el aporte de varias especialidades desde las ciencias médicas, entre ellas el de la Gerontología y la Geriátrica, las cuales ofrecen definiciones diferentes de la vejez que se integraron al proyecto para una mayor comprensión del proceso de envejecimiento que experimenta la persona adulta mayor.

La Geriátrica se ocupa de las enfermedades físicas de la persona adulta mayor que define la vejez como «un estado de declinación progresiva de las funciones orgánicas, pero parece más razonable considerarlo como un estado vital, evolutivo en el que, ciertamente, las características son distintas a las que muestran otros grupos de edad, pero no necesariamente peores» (Gutiérrez, Gutiérrez, 2010, p. 1). Se centra más en las manifestaciones físicas del avance de la edad en la PAM.

Mientras que desde el enfoque gerontológico se define la vejez como: «los problemas que presenta la persona adulta mayor en sus funciones psicológicas, físicas y socio-económicas, y la influencia del entorno en la calidad de vida de las PAM» (Gutiérrez, y Gutiérrez, 2010, p. 1).

Los beneficios que esta visión gerontológica aporta son múltiples como:

Disminuir la mortalidad, mejorar la capacidad funcional, mejorar el estado mental, disminuir la necesidad de hospitalización, disminuir los reingresos hospitalarios, disminuir el consumo de medicamentos, disminuir la institucionalización de larga duración y aumentar la utilización de los servicios y recursos comunitarios, o crear demanda para la creación de los mismos (Melgar y Penny, 2012, p. 71).

Como lo expresaron estas autoras, la Gerontología toma en cuenta el núcleo familiar como el apoyo fundamental para crear el entorno más favorable para la convivencia con las PAM.

Para efectos de la presente investigación ambos enfoques son importantes, ya que mientras se acepta que hay deterioro físico con la llegada de la vejez como lo describe la Geriátrica, la Gerontología se enfoca en crear ambientes favorables para mantener la funcionalidad de la PAM, por lo que las acciones que desde el núcleo familiar se pueden implementar mediante el apoyo familiar desde el Área Rectora de Salud son fundamentales para atender sus diferentes necesidades y se mantenga activo física y funcionalmente el mayor tiempo posible.

Este reto es complejo y requerirá de la colaboración de la persona adulta mayor, así como de los diferentes miembros de la familia, instituciones, actores sociales, etc., para que haya una carga bien distribuida de tareas y no se recargue a una sola persona el cuidado de la PAM.

## **2.5 Familia, ambiente familiar y persona adulta mayor**

Algunos estudios realizados sobre la persona adulta mayor y su ambiente familiar han concluido que con mucha frecuencia vive con algún familiar, como lo manifiestan Barros y Muñoz (2001, p. 3) en sus investigaciones en Chile. Ahí descubrieron que el 75 % de los adultos mayores cuentan con el apoyo familiar, mientras que el 62 % considera muy cercana a su familia.

El mismo estudio determinó que el 30 % encuentra que existen desavenencias y que el 16 % calcula que hay personas en la familia que les molestan; sin embargo, el ambiente familiar es determinante en la vida afectiva de la persona adulta mayor para su subsistencia.

El ambiente familiar se puede considerar como aquellas personas con vínculos biológicos o de afecto que se han constituido en una comunidad con lazos de amor y protección mutua. El núcleo familiar se define como

el espacio donde se crean formas de convivencia y vinculación interfamiliar de las personas mayores, y la importancia para el adulto mayor de las conexiones que ahí convergen con vecinos, amigos de su comunidad que le apoyen y le ayuden en el aislamiento o soledad que puede sentir en su vejez (Rodríguez, 2011, p. 18).

Estas relaciones de la persona adulta mayor con su familia crean un ambiente que determina su ciclo vital, favoreciendo la salud y comodidad que disfruta junto a su familia, dependiendo del apoyo positivo que reciba para cubrir sus necesidades.

El Conapam (2012, p. 7) se responsabilizó por el «Programa Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica», creado por la expresidenta Laura Chinchilla, que se ocupó de articular grupos organizados, instituciones, comunidad y familia para un cuidado integral a este grupo etario. Atiende muchas necesidades, pero cabe destacar que se preocupa por el manejo de los afectos, escucha, compañía, empatía y reconocimiento de la PAM en su localidad.

Esta red específica que estará dirigida a personas vulnerables y en condiciones de pobreza, interviniendo con el fin de proteger los derechos que les asisten a mejorar su calidad de vida: «énfasis en la permanencia de las personas adultas mayores, en su entorno inmediato, esto es su núcleo familiar o comunal mediante la maximización de los recursos de las familias y comunidades» (Conapam, 2012, p. 12).

Esta condición es la ideal para alcanzar la meta de la red, propósito que se ve limitado por recursos financieros y por el aumento del maltrato y la violencia

intrafamiliar a las PAM por conflictos familiares, legales y abandono, comentado por Zulema Villalta, directora del Conapam, en una entrevista a Canal 7 (Villalta, 2018), y que atribuye estas consecuencias al aumento de población mayor, estrés, desligue generacional y vacío de educación familiar sobre el apoyo afectivo que se debe brindar a las personas adultas mayores.

Según una noticia del diario La Nación, la población actual en Costa Rica de personas adultas mayores es de 13.3 %, de los cuales el 20 % está experimentando violencia proveniente de familiares que abusan de su condición y en la que se enfatiza el abandono y negligencia aumentando el riesgo de enfermedad (Cerdas, 2016). Se apunta a un vacío educativo de la familia sobre como mostrar afecto y cuidado amoroso a las PAM en el espacio familiar.

Con la presente propuesta se pretende que el Área de Salud de Escazú aborde ese vacío de educación familiar sobre relaciones afectivas, solidarias, responsables y diligentes del núcleo familiar hacia las PAM, anticipando el riesgo y fortaleciendo el soporte de la familia en su entorno más cercano.

## **2.6 Familia**

Debido a que la familia se ubica como la institución familiar que da apoyo, recursos, afecto, sentido de pertenencia, parentesco y «lazos de responsabilidad mutua» y que responde ante la necesidad de sus miembros; para el adulto mayor tiene otro significado, pues en su condición de vulnerabilidad, la familia le provee el soporte emocional que le da «sentido a la vida» y reafirma su estima de amar y ser amado (Barros y Muñoz, 2001, p. 2).

En la familia, según Barros y Muñoz, se espera que las personas adultas mayores pasen tiempo juntos, les muestren afecto, lo que satisface positivamente su estado emocional provocando beneficios favorables para su salud, sentido de pertenencia, su valoración en su estima y su razón de vivir.

La familia forma la persona y, según la perspectiva de estas autoras, le provee sus necesidades físicas, económicas, afectivas, intelectuales, de socialización, sus

valores, metas, creencias, esperanzas y la preferencia a mantenerse junto a este grupo de apoyo en la etapa de la vejez que le provee satisfacción, motivo de existencia, se siente útil, amado(a), y tiene la oportunidad de amar, experiencias que contribuyen a resultados positivos en su autonomía, funcionalidad, relaciones y salud.

Por ese motivo en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento en la Segunda Asamblea Mundial, realizada en abril del 2002, se plantea: «como base la necesidad de reconocer la importancia crucial que tienen las familias, la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad entre las generaciones para el desarrollo social de los estados, recomendando el apoyo familiar al adulto mayor como estrategia» (Guzmán et al., 2003, p. 20). Esto para que los gobiernos lo adopten para resolver la atención a la que por derecho son titulares los adultos mayores y que incluye los deberes de la familia a apoyarles, sin sobrecargar de responsabilidades al Estado.

Esta investigación se ocupará, entonces, de analizar la caracterización familiar en relación con el apoyo familiar, sus posibilidades, limitaciones y habilidades para proteger a la persona adulta mayor, información que se toma en cuenta para la presentación de una propuesta que integre al núcleo familiar en el cuidado de la PAM.

Según lo mencionó Puga et al. (2007), el apoyo familiar a la persona adulta mayor se considera en Latinoamérica un deber propio de la cultura, que se convierte no solo en una respuesta familiar voluntaria, sino un derecho que junto a otros deben dar seguridad desde las políticas públicas a la persona adulta mayor que es digna de la protección social que se le provea jurídicamente.

## **2.7 Apoyo familiar a la persona adulta mayor**

Se acepta que el apoyo familiar es el más practicado (Puga et al., 2007, p. 10). Como comentan Barros y Muñoz (2001, p. 3), en cuanto al cuidado de la persona adulta mayor, se da en cohabitación con la pareja un 78 %; de los hijos, en segundo nivel, un 53 %; los padres, en un nivel dos, un 57 % y en un nivel tres y cuatro los

nietos, hermanos y otros, ubicándose a los amigos en el tres con un 22 %, donde se cuenta con aportación de sustento material para las necesidades físicas y soporte emocional para las afectivas (Guzmán et al., 2003, p. 8).

Por esta razón, es importante mencionar que el apoyo familiar se convertirá en una respuesta social de atención al sistema formal de salud, ante el creciente aumento de población adulta mayor, con bajo costo y el más practicado culturalmente a nivel latinoamericano, según Puga et al. (2007), para abordar el cuidado de su salud en su contexto, con el importante rol de la familia en su convivencia como estrategia económica, simple y aceptada, que mejora su calidad de vida y que se puede abordar desde el ente rector.

## **2.8 Promoción de la Salud: una perspectiva para promover el bienestar a la persona adulta mayor**

La Promoción de la Salud se entiende como el área que provee herramientas a la población para resolver sus problemas. Su enfoque «consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social» (OMS, 1998).

Desde este enfoque que plantea la necesidad de que los individuos y comunidades se equipen con habilidades para resolver sus propias necesidades con políticas desde el ente rector, se propone que la presente investigación aporte instrumentos que contribuyan para que el Área Rectora de Salud pueda fortalecer el núcleo familiar, proveyendo herramientas educativas que incrementen sus capacidades para el manejo de las relaciones, ya sean afectivas, materiales, instrumentales, etc. con la persona adulta mayor y propiciar así un espacio que incida favorablemente en la calidad de vida de este grupo de personas.

Dado el aumento de la población adulta mayor, se visualizan las acciones de apoyo familiar como una oportunidad para promover su salud desde el interior de la familia, acciones que generen capacidades para solidarizarse en la cultura familiar de envejecer en casa que ofrece un entorno positivo (Puga et al., 2007). Tal propósito

plantea la propuesta para que desde el ente rector creen políticas que procuren una mejor calidad de vida a sus PAM como lo expresa en sus funciones.

## **2.9 Bienestar de la persona adulta mayor en familia**

La experiencia de envejecer con la familia, con personas cercanas y conocidas, inspira a la persona adulta mayor a sentir seguridad y confianza en un entorno común, de relaciones a lo largo de su vida que le generan sentido de pertenencia, de historia, de comodidad y bienestar.

Tanto la OMS (2018) como Barros y Muñoz (2001) y el Plan de Acción Internacional de Madrid (Guzmán et al., 2003) señalan que el bienestar de la persona adulta mayor en familia se entiende como la «comodidad y sensación de aceptación» que experimenta al pertenecer a un núcleo de personas conocidas a las que ha servido y de las cuales recibe ahora provisión de sus necesidades materiales, afecto, económicas e intelectuales. Además, se encuentra en un entorno de prácticas culturales, creencias, valores comunes y lazos de amistad conocidos que le dan bienestar y satisfacción por la vida.

Barros y Muñoz (2001) indican que el cambio a otro entorno, por el contrario, le genera inseguridad, desconfianza, soledad y tristeza, sentimientos que le aíslan y afectan sus emociones, funcionalidad e independencia. Por esta razón la OMS recomienda estimular el «envejecimiento en casa» como práctica que brinda bienestar y apoyo de los más cercanos afectivamente.

Así, la persona adulta mayor puede seguir participando en el proceso de satisfacer sus necesidades, lo que le ofrece autonomía e independencia y, además, le permite adaptarse al entorno saludable en el área mental, social y económica.

### **2.9.1 Determinantes sociales que influyen en el bienestar de la persona adulta mayor**

Desde la OMS (1986) se han definido los determinantes sociales como aquellas condiciones sociales en que las personas nacen, viven, trabajan, y envejecen. Pero

al incluir los determinantes desde el Modelo Solar y Irwing (Solar & Irwing, 2007), se trata de determinantes estructurales, intermedios (proximales) y transversales.

Entre los determinantes estructurales se encuentran los que causan estratificación social y división de clases en las poblaciones como los que tienen que ver con la condición socioeconómica, o sea, los ingresos, ocupación, educación, clase social, género, etnia.

De los determinantes intermedios o proximales, los autores señalan que son los que afectan las condiciones materiales de vida (ambiente físico, potencial de consumo, condiciones de trabajo y vecindario), los que se refieren a aspectos individuales (biológicos y de conducta), los psicosociales (ambientes estresantes y de redes de apoyo) y los referentes a los servicios de salud.

El apoyo familiar al adulto mayor tiene relación con determinantes estructurales como las políticas públicas (Barros y Muñoz, 2001) que garantizan el derecho a la salud y habilidad para enfrentar los cambios familiares que suceden con el envejecimiento. Sin embargo, los sistemas de salud no cuentan con planes, programas y proyectos dirigidos a la capacitación de las familias para apoyar a sus adultos mayores y se deja de lado la vulnerabilidad del adulto mayor.

Se observaron iniciativas en algunos países para el cambio socioeconómico de la persona adulta mayor, pero escasos y que extreman los estratos y clases en pobreza que no reciben cobertura de salud familiar y otras necesidades que requieren ser provistas por el Estado (Programa Estado de la Nación, 2015).

Además, según Amartya Sen (2001, citado en Programa Estado de la Nación, 2015) los ingresos que dispone una familia condicionan las posibilidades de un estilo de vida que provea sus necesidades y las del adulto mayor, aspecto que con otros determinantes como la educación, clase social y la ocupación influyen en las limitaciones y carencias de las familias y, por ende, en el aporte familiar a la persona adulta mayor con la que conviven.

En cuanto a los determinantes proximales (Solar & Irwing, 2007) como el biológico y de conducta son personales, ya sea el biológico por los cambios fisiológicos, funcionales, autonomía e independencia que experimenta todo ser



humano conforme envejece, o el determinante conductual que tiene que ver con el afrontamiento que hace la persona adulta mayor a la transición de sus habilidades, relaciones, familia, generacionales, etc., para continuar su ciclo vital natural.

Desde la presente propuesta se respaldará al ente rector con una herramienta que desde la Promoción de la Salud cree capacidades en la familia para apoyar a las PAM y, también, se promoverá la reciprocidad para colaborar con las acciones familiares para que sean modificados los determinantes personales con el autocuidado, que también debe asumir de forma responsable la PAM y que serán afectados positivamente con el apoyo familiar.

De los determinantes sociales mencionados se desarrollan algunos que serán centrales para la investigación y sobre los cuales se creará la propuesta de apoyo familiar que es el interés del proyecto y, a su vez, se vinculan directamente con las acciones que debe implementar el ente de la rectoría.

### **2.9.2 Determinante de convivencia de la persona adulta mayor**

Se refiere a la convivencia con personas de parentesco sanguíneo, que provoca en la persona adulta mayor sentido de pertenencia en un entorno que le brinda bienestar y fortalece su estima. El apoyo familiar es la más importante relación social, dado que le aporta afecto, vivienda, alimento, abrigo y seguridad, convirtiéndose en el recurso más practicado mundialmente como elemento de gran influencia para proteger su calidad de vida (Guzmán et al., 2003, p. 2).

Además, la relación con vecinos y amigos le produce a la persona adulta mayor la satisfacción al compartir remembranzas y encontrar pares que mantienen condiciones similares, lo que les identifica cultural y socialmente uniendo más su amistad, factor positivo en su calidad de vida. (Guzmán, et al., 2003, p. 8).

La relación con otros responde a la necesidad del ser humano de compartir y convivir en un contexto confiable a su alrededor para un sano desarrollo. El apoyo que da la institución familiar construye un fundamento estable para sus miembros, por ello se considera desde la Promoción de la Salud un componente que afecta

positivamente las actitudes, valores, creencias y aspiraciones de la persona adulta mayor y, como consecuencia, se favorece la autoestima y el sentido de realización personal.

He ahí la razón para que los entes públicos y privados den tanta importancia a los programas y actividades que fortalecen las relaciones sociales de la persona adulta mayor como lo expresó la OMS (2007) en la creación de las «Ciudades globales amigables con el adulto mayor» en diferentes países, señalando que «las ciudades se comprometan a ser más amigables con la edad, con el fin de aprovechar el potencial que representan las personas de edad para la humanidad» (p. 6), facilitando su vida, relaciones, desplazamiento, accesibilidad, participación y servicios en ambientes seguros y estéticos.

Lo que muestra la preocupación de la organización para que los Estados satisfagan las necesidades graduales de la vejez en las personas adultas mayores.

### **2.9.3 Determinante biológico de la persona adulta mayor**

El envejecimiento incluye, sin lugar a duda, un deterioro físico y funcional, especialmente causado por la enfermedad. La funcionalidad del cuerpo de la persona adulta mayor le faculta para realizar sus tareas personales sin ayuda de otros en actividades como bañarse, vestirse, comer, caminar y otras que le dan independencia.

Un apoyo familiar bien dirigido para acompañar a la persona adulta mayor hacia su autonomía, considerándola capaz de realizar tareas, produce un mantenimiento por más tiempo de las habilidades, realizando acciones para su cuidado personal y agenciando sus necesidades, compras, trámites, etc., que le permiten estar activa y en movimiento dando funcionalidad a sus capacidades.

Si se le brinda la oportunidad en el interior de la familia para colaborar recíprocamente en tareas y toma de decisiones, se fortalece una positiva valoración de sí misma al sentirse capaz de colaborar y le da sentido de pertenencia dentro del grupo familiar. En este sentido, se requiere capacitar a la familia para que contribuya

a la movilidad y autonomía de la PAM, dándole libertad para ejercer sus preferencias y ocupar el tiempo del que dispone.

Por ello, es importante valorar tal determinante anulando mitos negativos hacia el(la) adulto(a) mayor y su condición física, y estimulando la salud y bienestar funcional que le motiva a una mejor calidad de vida (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez, 2016, p. 3).

#### **2.9.4 Determinante de entornos saludables en la persona adulta mayor**

El entorno de la vida en familia, rodeado de amor y aceptación, reciprocidad y ayuda mutua le provee a la PAM sentido de pertenencia y por la vida. Un apoyo familiar adecuado le crea la satisfacción del sentimiento de realización, por lo que los entornos saludables influyen la calidad de vida de los adultos mayores cuando disponen de espacios seguros, agradables, de respeto, derechos, actividad social y políticas de protección que condicionen sus actitudes a disfrutar de una vida de felicidad y logro de sus metas (OMS, 1986, pp. 2-3).

La intención de esta investigación es sistematizar la información pertinente con respecto a la manera como el núcleo familiar participa construyendo vínculos de convivencia con las personas adultas mayores para propiciar ambientes de interrelación que le permitan una vida placentera que llene sus necesidades mutuas.

#### **2.9.5 Determinante del autocuidado de la persona adulta mayor**

El autocuidado se entiende como «la práctica de actividades que los individuos jóvenes y adultos mayores inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar» (Loredo et al., 2016, p. 8).

El autocuidado constituye, entonces, uno de los lineamientos fundamentales de la Promoción de la Salud, que promueve el desarrollo de habilidades y potencialidades de las personas o poblaciones para tomar control de su salud, fortaleciéndose como eje la educación que aporte conocimiento y desarrolle capacidades en las personas adultas mayores y su familia.

Estas habilidades fortalecen el sincero apoyo familiar para la persona adulta mayor en el control de sus cuidados diarios y en el mantenimiento de sus habilidades funcionales por más tiempo, cuidando su cuerpo, practicando actividad física, alimentándose bien, favoreciendo la higiene diaria y desarrollando otras actividades que protejan su salud.

### **2.9.6 Determinante del apoyo familiar a la persona adulta mayor**

La persona adulta mayor puede necesitar apoyo material, de transporte, acompañamiento a hacer diligencias, aporte económico, regalos, muebles especiales y otros. Pero el apoyo familiar definido por Guzmán et al. (2003, p. 60) se refiere a la «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» y se continúa practicando en el contexto cultural latinoamericano en el cual conviven con alguno de sus familiares, aportando soporte emocional y necesidades cubiertas a la persona adulta mayor, mejorando su calidad de vida.

Desde el enfoque de la Promoción de la Salud se promueve la potenciación de fortalezas como el apoyo familiar, que aportan abordajes hacia la persona adulta mayor para mantener y proteger su salud previendo el riesgo y la enfermedad, característica que cumple este tipo de apoyo y que debe intensificarse para dar la atención oportuna a esta población que va en aumento en Costa Rica.

Según el INEC (2012), Costa Rica contaba en el año 2012 con que un 12.5 % de la población eran personas adultas mayores y, según el Conapam (Villalta, 2018), en el 2018 se cuenta con un 13.3 % de PAM, equivalente a 680 000, cifra que sorprende al sistema de salud de Costa Rica y que se sale de las posibilidades para brindarles una atención adecuada y oportuna de acuerdo con las necesidades propias de este grupo etario.

En este contexto y tomando la definición de apoyo familiar de Guzmán et al. (2003) como una estrategia mundial importante en la atención a la PAM, se busca con esta investigación analizar el apoyo familiar hacia los adultos mayores dentro de

su contexto familiar y, una vez obtenida la descripción, se elaborará la propuesta del fortalecimiento y mantenimiento de una calidad de vida saludable para esta población.

### **2.10 Calidad de Vida**

Es un concepto subjetivo que depende de la percepción de la persona.

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (Schwartzmann, 2003, p. 14).

Ello evidencia que incluye la percepción integral de sí mismo(a) en el contexto cultural en que se desarrolla durante su vida.

### **2.11 Contexto nacional**

La salud desde el contexto nacional es tutelada por el ente rector, en este caso el Ministerio de Salud que tiene múltiples funciones.

#### **Funciones del Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud es el ente rector del Sistema Nacional de Salud y gobierna, conduce, dirige un conjunto de instituciones públicas y privadas que participan en la producción de la salud de la población (MS, 2019). Consta de nueve Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y 125 Áreas Rectoras de Salud, que trabajan para garantizar la salud de todo el país. Su visión se dirige a un énfasis hacia la promoción de la salud que mantenga y mejore la salud poblacional mediante estrategias y lineamientos que se ejecutan a nivel nacional, regional y local.

Tal como define Mejía (2016)

La promoción de la salud es un abordaje conceptual, organizacional y operacional que redimensiona, de manera radical, el enfoque clásico y reduccionista de ver la salud de las personas simplemente como una condición funcional o estado fisiológico en donde no existen malestares o enfermedades,

sin tomar en cuenta la existencia real de una variedad de factores internos y externos de los individuos, determinantes y esenciales para su salud integral y su calidad de vida.

Es un constructo social que deriva del concepto positivista y holístico de la salud, de nuestras propias capacidades naturales como seres humanos para estimular y manejar los condicionantes personales y ambientales que favorecen la evolución del nivel de salud y la calidad de vida de individuos y comunidades. Es, en esencia, un valioso recurso potencial de toda la sociedad y variable de desarrollo humano, crucial para alcanzar la reducción de los desequilibrios de calidad y equidad en la prestación de los servicios públicos de salud e impulsar el bienestar de las personas y de los pueblos (p. XV).

La promoción de la salud contempla una serie de herramientas que permiten su desarrollo y que deben ser apropiadas por el personal de salud para la integración de las mismas en sus procesos de trabajo para y con la comunidad, en una acción colaborativa mediante el trabajo intersectorial y la participación ciudadana.

Desde el ente rector de la salud se definen funciones que se especifican para el desarrollo de una visión positiva de la Promoción de la Salud en los diferentes niveles de gestión, buscando involucrar actores sociales, comunidad, investigadores, grupos organizados, etc., para impactar la salud y fortalecer sus factores protectores y determinantes.

La Promoción de la Salud la define el Ministerio de Salud: «como un proceso integral, transformador, dinámico, potencializado, de análisis y trabajo articulado con actores sociales para el abordaje de los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen, desde una visión positiva, la salud de la población» (MS, 2017, p. 18).

La definición del ente rector cambia de dirección y se vuelve hacia los elementos que interactúan con la población viendo positivamente la oportunidad de potenciar fortalezas, mantener y mejorar la salud de la población, la presente propuesta encuentra asidero para, en coincidencia, al tratar de mejorar la salud de la PAM mediante el apoyo familiar. Cabe mencionar que, articulando los actores y

recursos para este fin, «aprovecha las condiciones favorables y las oportunidades que contribuyen a la protección y fortalecimiento de la salud» (MS, 2017; p. 18).

El ente rector desde los diferentes niveles, favorece: «las relaciones intergeneracionales, la convivencia pacífica, el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales, emocionales, sociales y ejercicio de derechos y deberes» (MS, 2017, p. 19), para permitir el control de la salud de la población promoviendo la autorresponsabilidad y la participación social que modifiquen favorablemente los determinantes y factores protectores de la misma.

Relacionando directamente la acción desde el Área Rectora de Salud, es importante definir algunas de las funciones rectoras que se implementan en Promoción de la Salud, desde este nivel de gestión:

- «Direccionar esfuerzos y recursos de los actores sociales, hacia el desarrollo de los factores protectores, determinantes y condicionantes que generan y fortalecen la salud de la población» (MS, 2017, p. 22). Esto significa invertir recursos para desarrollar factores protectores como el apoyo familiar que pueda ser dirigido positivamente para potenciar la calidad de vida a la PAM.
- «Conducir el desarrollo del componente de la Promoción de la Salud en las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la salud desde la visión positiva» (MS, 2017, p. 22). Es decir, apostar por iniciativas que incluyan la Promoción de la Salud con una visión constructiva de la salud, aprovechando oportunidades y fortalezas que sean potenciadas.
- «Coordinar y promover investigaciones en Promoción de la Salud» (MS, 2017, p. 22). Estos esfuerzos cumple el desarrollo del presente proyecto al enfocarse en potencian las fortalezas familiares, que de la investigación arroje perfiles de familias y PAM, y características del apoyo familiar de la zona, que se puedan extender y profundizar para ahondar más en el tema y crear programas, proyectos y políticas públicas en el futuro.

Como resultado de las funciones rectoras en Promoción de la Salud del ente rector y la necesidad de la PAM planteada por el ARS de Escazú, se da la demanda de la construcción de una propuesta que responda a la necesidad que emerge por el

aumento de población de este grupo etario, y la decisión del ente de cumplir con las recomendaciones que señalan tanto la Cepal (2005) como la OMS (2018) acerca de la importancia del cuidado y apoyo a la PAM para permitirle «envejecer en casa».

Según lo señala la Carta de Ottawa (1986); se concluye que

El individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (p. 2).

De acuerdo con esta definición, se le debe proveer a la PAM la oportunidad de continuar alcanzando sus sueños o aspiraciones mediante la integración a un entorno adecuado que le permita incrementar su grado de bienestar desde su núcleo familiar, objetivo que persigue la presente investigación.

## **2.12 Contexto Local**

Las autoridades del Área Rectora de Salud de Escazú, en conferencia con actores sociales de la Red de Adultos Mayores, reconocieron la necesidad de programas o proyectos dirigidos a la persona adulta mayor de San Antonio de Escazú, la búsqueda de información sobre sus condiciones de salud física, mentales, familiares, económicas y ambientales, que permitan el abordaje que demandan (Corrales, y Carvajal, 2017).

La presente investigación planteó como primera actividad la caracterización de las personas adultas mayores y sus familias de San Antonio de Escazú, para ello se realizó un análisis del soporte familiar y se desarrolló una propuesta sobre este, que integró al núcleo familiar a una convivencia amigable con la PAM.

La investigación se realizó en acuerdo con el Área Rectora de Salud de Escazú, ubicada en la Región Central Sur, donde ejerce su función rectora, dirigiendo la salud desde planes estratégicos que procuren el bienestar de la población a nivel local. Como primer nivel del Ministerio de Salud, desarrolla el componente de la Promoción de la salud, los principios, valores y funciones rectoras que buscan el beneficio y protección de la salud de la población.



A continuación se describe el Área de Salud de Escazú.

### **2.12.1 Misión**

Su misión consiste en «garantizar la protección y mejoramiento del estado de salud mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional con enfoque de promoción de la salud y participación inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y respeto a la diversidad» (ARS, 2014).

### **2.12.2 Visión**

Complementa su razón con la visión planteada de «ser una institución respetada a nivel nacional e internacional que ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud con su capacidad técnica y resolutive, liderazgo y participación social» (ARS, 2014).

### **2.12.3 Recursos**

El Área Rectora de Salud de Escazú dispone de los recursos de acuerdo con su planificación estratégica, invirtiéndolos adecuadamente según las necesidades del cantón y acorde con su plan operativo anual. Para esta investigación el ARS participa aportando instalaciones para reuniones, fotocopias, acompañamiento a la investigadora en sus visitas a las comunidades en estudio, impresión de copias, así como la extensión de documentos necesarios para llegar a buen término con el proyecto.

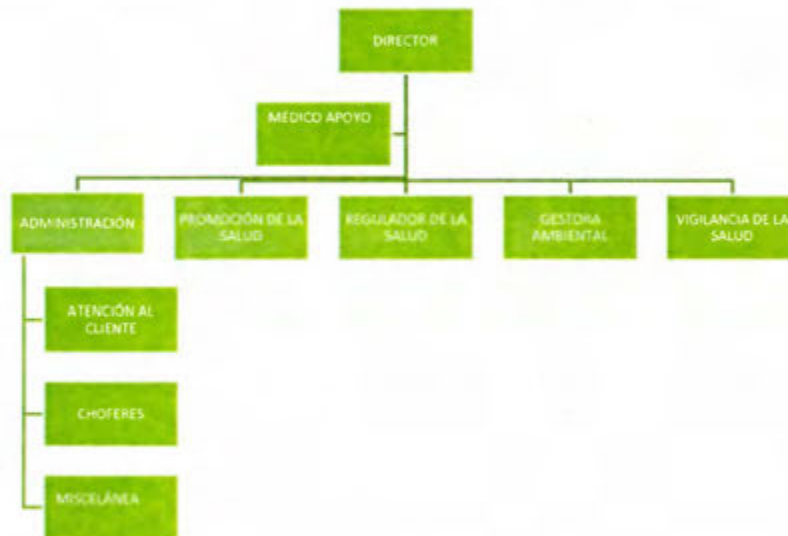
El ARS de Escazú cuenta con un director, un médico de apoyo, un administrador, un encargado de promoción de la salud, un regulador de la salud, un gestor ambiental, una persona a cargo de la vigilancia de la salud, una persona para atender al cliente, dos choferes y un misceláneo.

### 2.12.3.1 Recursos financieros

Los recursos financieros para el sostenimiento de sus funciones rectoras provienen del presupuesto asignado por el gobierno.

### 2.12.3.2 Recursos humanos

En cuanto a recursos humanos, la Institución cuenta con personal especializado y calificado para laborar en el cumplimiento de su visión y misión (Figura 1).



**Figura 1 Organigrama Área Rectora de Salud de Escazú, Ministerio de Salud**  
Fuente: Elaboración propia con información de ASIS-ARS, 2018.

### 2.12.4 Zona Azul en Costa Rica

En Costa Rica existe una Zona Azul ubicada en la Península de Nicoya, Guanacaste, que incluye cinco cantones: Hojanca, Nandayure, Carrillo, Santa Cruz y Nicoya, privilegio que hace sentir orgullosos a los habitantes de la zona. En el mundo solo existen cinco Zonas Azules ubicadas en Cerdeña, Italia; Okinawa, Japón; Loma Linda, Estados Unidos; Icaria; Grecia y en Costa Rica, la Península de

Nicoya. Este nombre de Zona Azul se refiere a lugares donde los estilos de vida en común producen longevidad con salud, funcionalidad y lucidez mental.

¿Qué es una Zona Azul?

Una de las definiciones más simples de Zona Azul es que es un lugar donde las personas son longevas, de noventa y cien años, saludables físicamente y lúcidos mentalmente (ICT, 2018).

El concepto se popularizó mundialmente cuando los estudios demográficos de Gianni Pes y Mikel Poulain se publicaron junto con los hallazgos de la National Geographic por el periodista Dan Buettner con su libro *The Blue Zones*

Buettner (citado por ICT, 2018) las define como

un concepto de estilo de vida y un medio ambiente que produce longevidad, donde las personas se trasladan caminando y no en carro, comen más plantas que carne en una dieta que incluye frijoles y granos como el maíz, donde la familia es su razón de ser y es lo número uno. Además tienen amigos con los que comparten hábitos saludables.

Dentro de los factores esenciales para esta longevidad saludable se consideraron la buena salud física y mental, tradición alimentaria saludable, respeto a la unión familiar, sólida fe y espiritualidad, movilidad constante y propósito de vida, factores protectores comprobados en la zona de Nicoya, que tuvieron gran fuerza en las redes de apoyo familiares e intergeneracionales.

Según el Ministerio de Salud, se calculó que en Nicoya existen 900 personas mayores de 90 años, y 5 000 mayores de 75, por lo que la longevidad en esta zona continúa (ICT, 2018).

También se exaltan las investigaciones hechas en Costa Rica sobre longevidad en la zona por el Dr. Luis Rosero-Bixby quien descubrió que

De los habitantes de 90 años de la Península de Nicoya la mortalidad es de un 10 % más baja que la de los costarricenses de 90 años en general en el resto del país. Los cinco cantones de la Península aparecían recurrentemente con una longevidad mayor y por dónde fuera que escarbáramos se confirmaba esto. No

solo vivían más años, su metabolismo era mejor, los niveles de deterioro cognitivo eran menores y su funcionalidad era mayor (ICT, 2017).

Asimismo, el Instituto de Estudios Sociales de Poblaciones (Idespo) de la Universidad Nacional se interesó en investigar acerca de la longevidad de la zona, el elemento diferenciador del bienestar como estrategia de turismo o «Wellness Pura Vida» para promocionar a Costa Rica como un destino de turismo de bienestar.

Dada la importancia del tema se realizó un encuentro de Zonas Azules en Nicoya con la presencia de grandes investigadores, donde se acordó crear la «Red Internacional de Longevidad» liderada por Costa Rica para «construir conocimiento conjunto» sobre el tema.

Entre los científicos se encontraron el belga Michael Poulain quien dijo: «de manera enfática, por favor coloquen y mantengan las nuevas generaciones por el mismo camino en medio del tesoro de esta Zona Azul» (ICT, 2017), y el periodista Dan Buettner concluyó «debemos de alguna forma emular, duplicar o copiar el estilo de vida de los centenarios y su manera de vivir, su medio ambiente, su dieta, la actividad, pero ante todo las conexiones que establecían, humanas no tecnológicas» (ICT, 2017).

También el gobierno de Costa Rica se comprometió mediante un convenio de cooperación a vigilar la Zona Azul de Nicoya protegiendo y multiplicando el estilo de vida de longevidad a los demás cantones del país, donde afirma que «este encuentro nos compromete a preservar esta Zona Azul, pero ante todo que tenga un efecto multiplicador y de enseñanza en los otros cantones del país» según expresó Ana Monge, Comisionada del Consejo Social Presidencial del Gobierno de Costa Rica (ICT, 2017).

Como bien lo apuntó Monge (citada en ICT, 2017), se enfatizó fundamentalmente en mantener y potenciar los factores protectores y, va más allá, planteando la visión de extenderlos a todos los cantones pintando de azul el país, elemento que coincidió con el Enfoque de Promoción de la Salud del ente rector.

Se presentó la necesidad y oportunidad para que el ente rector desde su función promueva una política pública para fortalecer el apoyo familiar como acción

promotora de la salud y previsor de riesgo, que integre al núcleo familiar en una convivencia amigable y placentera con la persona adulta mayor y se enriquezca aún más su calidad de vida.

Tal respaldo, a raíz del compromiso del gobierno, Monge ofreció la plataforma política necesaria para que el ARS dirija acciones hacia el sistema de salud que impulsen la capacitación a la población y la multiplicación de las prácticas de la Zona Azul, entre ellas el apoyo familiar, protegiendo la salud de la PAM y de la población en general (ICT, 2017).

Aunado a esta investigación se encontró que, en un estudio efectuado para la Cepal sobre la población adulta mayor, se recomendó a los Estados a recurrir al apoyo familiar como estrategia económica y aceptable culturalmente, que puede resolver el desbalance de los sistemas de salud por el aumento de la PAM en la región (Guzmán et al., 2003, p. 20).

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### 3.1 Enfoque

El enfoque de investigación que se utilizó es mixto, pues incluye una integración del enfoque cualitativo y cuantitativo. El enfoque mixto representa una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno, permitiendo producir datos más ricos y variados por las diferentes observaciones que se integran y potenciando la creatividad teórica y el aprovechamiento de datos.

En el presente trabajo se combinaron características y propiedades de la persona adulta mayor y sus familias, así como las frecuencia y cantidad de los eventos que influyeron en el apoyo familiar que recibieron las personas adultas mayores, por lo que el enfoque mixto permitió enriquecer la información que se quería obtener de la investigación. «La meta de la investigación mixta no es reemplazar la investigación cualitativa o cuantitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales» (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 532).

Para una idea más clara de cada uno de los componentes del enfoque mixto, se describió en qué consiste tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo. El enfoque cualitativo se caracteriza por ser dinámico en la recolección de datos, se interpreta y vuelve a replantear el camino, o sea, no es rígido, sino abierto al descubrimiento de nuevos hechos (Hernández, Fernández y Sampieri, 2014, p. 7).

Además, este enfoque se ajustó a la presente investigación porque se centró en las experiencias vividas y sentidas de las personas, por eso el planteamiento del problema y preguntas a veces no estuvieron tan claros antes del análisis hasta que se avanzó y se aclararon situaciones difíciles de entender por anticipado (Hernández et al., 2014, p. 8). Por ello el investigador estuvo abierto a cambios en la recolección de información y volviendo a integrar nuevas ideas sobre el apoyo familiar a las personas adultas mayores conforme avanzó el estudio.

El enfoque cuantitativo se refiere a la recopilación numérica de la información, y según Hernández (2014),

Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías, que complementarán de manera más detallada y profunda los resultados de la investigación y se guíe a acciones más adecuadas (Hernández et al., 2014, p. 36).

Entonces, la idea de la investigadora se basó en la información cuantitativa y el aporte cualitativo, complementando e integrando ambos enfoques en el análisis de la información obtenida para una comprensión más profunda de los eventos investigados.

### **3.2 Perspectiva fenomenológica**

Esta perspectiva se consideró apta para la investigación, donde la investigadora consideró que necesitaba explorar más a fondo la realidad vista al natural por los adultos mayores y familias participantes, debido a que «el propósito es describir, explorar y comprender experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de esa experiencia» (Hernández et al., 2014, p. 483).

Se entendió que la persona adulta mayor de Escazú cuenta, en su mayoría, con una historia agrícola rural, con costumbres arraigadas a su familia tradicional, por lo que explorar sus pensamientos sobre el significado del apoyo familiar en la vejez fue una experiencia que aportó otras necesidades u oportunidades que planteó una solución que se adaptara y respondiera a sus prácticas y experiencias de vida.

### **3.3 Tipo de investigación**

El tipo de la investigación se consideró descriptiva transversal porque «busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analizan y puede describir tendencias de un grupo o población *especificando*



propiedades, características, perfiles de personas, grupos, comunidades y procesos (Hernández et al., 2014, p. 92). No se relacionaron las características encontradas con otros fenómenos fuera del tema, sino que fueron útiles para mostrar con precisión un fenómeno o suceso en un contexto específico.

### **3.4 Diseño de la investigación**

De acuerdo con el cumplimiento del artículo 15 de Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, la presente investigación se desarrolló bajo la modalidad de proyecto de graduación, en la que el estudiante seleccionó una situación o problema, realizó acciones para conocer su diagnóstico y como resultado ofreció una respuesta que ayudará a resolverlo desde la perspectiva, en este caso, con Enfoque de Promoción de la Salud.

El estudiante investigó una situación o problema documental, luego determinó el tema, diseñó los pasos que realizó para verificar su estado en el campo y se basó en esa información, análisis y reflexión, y creó una solución que la mejore. Para ello planteó una propuesta de proyecto que reflexionó, planificó, ejecutó, da seguimiento y evaluó los resultados con análisis profundo, adaptación a los hallazgos y diseño de la respuesta a la solución del problema.

El tema del apoyo familiar nació ante la exposición de funcionarios del Área Rectora de Salud de Escazú que reconocieron la necesidad de proyectos sostenibles para mejorar la calidad de vida de la PAM de Escazú, lo que motivó a pensar en una propuesta rápida, económica y de aceptación cultural en la zona, que sería implementada desde la rectoría local.

Otra información que se argumentó para presentar la propuesta sobre apoyo familiar tiene que ver con los elementos teóricos encontrados en la investigación de Puga et al. (2007), en la que se manifestó el apoyo familiar a la PAM como una fortaleza en Costa Rica, lo que contribuye positivamente a su calidad de vida.

Además, el estudiante se basó en las sugerencias de diferentes entes, quienes recomiendan el apoyo familiar como estrategia económica, aceptable culturalmente y conveniente para el equilibrio de la atención Estado-Familia que beneficia a la PAM para «envejecer en casa» en su entorno más arraigado a su modo de vida.

### **3.5 Personas participantes en la investigación**

Las personas participantes fueron personas adultas mayores, hombres y mujeres, de 65 años o más, que viven en los barrios La Avellana, Santa Teresa, La Nuez y San Antonio Centro de Escazú. También se incluyeron sus familias, para conocer su participación, posibilidades o limitaciones en el aporte al apoyo familiar emocional, económico, instrumental y social, a la persona adulta mayor.

En el aspecto cuantitativo el universo se relacionó con elementos comunes que consiste en «todos los casos que concuerden con las características específicas» (Hernández et al., 2014, p. 174). En este estudio en particular, personas adultas mayores de 65 años o más, hombres o mujeres, y el método de selección se especificó según el tipo de muestra por utilizar.

Para ello se tiene una población total de la zona por investigar de 4 012 personas, de la cual se cuenta con un universo de 302. Del universo se selecciona la muestra cuantitativa estratificada proporcional a la población de cada barrio de 108 personas. Para efectos de la muestra cualitativa se utilizó la conveniencia y se seleccionaron diez personas adultas mayores al azar que «conviven en casa», y diez familias de estas personas que comparten sus vidas con ellas «en casa» de la zona por investigar.

### **3.6 Criterios de inclusión**

Los participantes fueron personas adultas mayores 65 años, voluntarios, no institucionalizados, que firmaron el consentimiento informado o algún representante lo firmó en su lugar, que no sufrían una enfermedad grave, podían oír y hablar, mentalmente habilitados y que, además, vivían en los barrios señalados para la investigación.

La edad de 65 años se basó en el criterio definido en la Ley N.º 7935 como edad cronológica de una persona adulta mayor y con funcionalidad física necesaria para efectuar las entrevistas semiestructuradas, respetándosele los derechos de autonomía especificados en el Plan de Garantía Ética y el artículo 7 del Reglamento

Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para investigaciones en que participan seres humanos (UCR, 2018).

Además, se incluyeron aquellas familias de los adultos mayores voluntarias, para contestar la entrevista semiestructurada y que residían o colaboraron directamente en el momento de la investigación con la persona PAM participante, o que mantenían un acercamiento real y efectivo con ella, esto con la idea de obtener información de calidad sobre el apoyo familiar de las personas adultas mayores que estén en el hogar.

### **3.7 Criterios de exclusión**

Entre los criterios de exclusión se encontraron la demencia senil, sordera, el no querer participar, no aprobar el consentimiento informado, que en el momento de la entrevista no sufriera alguna enfermedad grave o que decidiera abandonar la investigación. Se enfatizó en que el participante es libre en su principio de autonomía para decidir su continuidad en el proceso de investigación, por lo tanto lo podía abandonar en el momento que lo decidiera.

### **3.8 Unidad de análisis**

Persona adulta mayor y su familia.

### **3.9 Sujeto de estudio**

El sujeto de estudio es la persona adulta mayor participante y la familia.

### **3.10 Objeto de estudio**

El objeto de estudio es el apoyo que se ofrece a la PAM en su entorno familiar.

### **3.11 Método muestra**

El método para definir la muestra es cuantitativo y cualitativo, y se trata ampliamente en los apartados siguientes.

#### **3.11.1 Tipo de muestra cualitativa**

Para la muestra cualitativa se utilizaron diferentes métodos de selección de los participantes, personas adultas mayores y sus familias, sin embargo, por facilidad para la investigadora se escogió el método de conveniencia «formada por casos disponibles a los cuales se tiene acceso» (Hernández et al., 2014, p. 390), según criterios y características especificadas y en cumplimiento con el Plan de Garantía Ética.

#### **3.11.2 Tamaño de la muestra cualitativa**

El tamaño de la muestra cualitativa se basó en la saturación de respuestas que proporcionaron los participantes de la entrevista semiestructurada, capacidad de recolección y análisis del investigador, así como de la calidad de la información recolectada, seleccionándose diez personas adultas mayores y diez familias que convivían con ellas.

#### **3.11.3 Tipo de muestra cuantitativa**

Se seleccionó la muestra probabilística estratificada para calcular los adultos mayores participantes. De acuerdo con Hernández et al. (2014), es probabilística porque se considera que «todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser escogidos» (p. 175), y es estratificada porque «en este muestreo la población de adultos mayores se divide en segmentos y se selecciona una muestra para cada segmento o barrio» (p. 175).

Se estratificó la muestra por barrio y por sexo, dada la diferencia del 16 % de más mujeres que hombres en la población total de los barrios mencionados, y de ahí

se obtiene un dato significativo con respecto a las oportunidades y beneficios que tiene la persona adulta mayor que recibe o no apoyo familiar dependiendo del sexo, y la consecuente influencia de la salud en su adultez (Tabla 1).

Tabla 1 *Cálculo población PAM total por barrios*

<b>Barrio</b>	<b>Población total</b>	<b>Muestra /hombres</b>	<b>Muestra/mujeres</b>
San Antonio	1760	50	56
Santa Teresa	502	44	48
La Avellana	824	22	45
La Nuez	926	11	26

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2018.

#### **3.11.4 Tamaño de la muestra cuantitativa**

Se calculó sobre el total de personas adultas mayores de los barrios seleccionados San Antonio Centro, Santa Teresa, La Avellana y La Nuez de Escazú. Los barrios contaban con 302 de estas personas y, una vez depurada la muestra, se obtuvieron 93 participantes para la investigación, a los cuales se le agregaron 15 participantes más, obteniéndose una muestra total de 108 consultados, eso con el fin de asegurarse suficiente información para el estudio.

Para efectos de este proyecto, se calcula para un 95 % de confianza, un límite de confianza con +/- de 5 % (0.05), una frecuencia anticipada de 50 %, y efecto del diseño de 1.

Tabla 2 Cálculo de muestra PAM por estratos o barrios

BARRIOS	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRES ADULTOS MAYORES	MUESTRA	MUJERES ADULTAS MAYORES	MUESTRA	TOTAL
San Antonio Centro	1760	50	15	56	17	32
Santa Teresa	502	44	13	48	14	28
La Avellana	824	22	7	45	15	21
La Nuez	926	11	3	26	9	12
Total	4012	127	38	175	55	93

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Una vez que se calculó la muestra total por proporción, se calculó el tamaño para cada estrato especificando la cantidad de personas por entrevistar. En la encuesta se incluyeron 15 personas más, para asegurar la calidad de la información, por lo que la población total participante alcanzó 108 personas consultadas.

### 3.11.5 Tiempo

El desarrollo del proyecto se planeó llevarlo a cabo durante el último semestre del 2018, y la exposición de resultados en el primer semestre del 2019.

### 3.11.6 Lugar de la investigación

La investigación se realizó en los cantones de Escazú, específicamente en los barrios Santa Teresa, La Avellana, La Nuez y San Antonio Centro durante el primer semestre del 2018.

### **3.11.7 Fuente**

La fuente de recolección de información depende si es cualitativa o cuantitativa. En la cualitativa, la fuente fue el adulto mayor y su familia, mediante la técnica de la entrevista semiestructurada y la observación no participante.

La recolección de información cuantitativa provino del adulto mayor por medio de la técnica de la encuesta, con el instrumento del cuestionario que se realizó personalmente de manera digital, incluyendo tres escalas.

Entre las escalas para recolectar la información cuantitativa se incluyeron la Escala de Satisfacción de la Vida, modelo de Diener, Emmons, Larsen y Griffin de 1985, tomada y traducida al español por Cabañero et al. (2004); la Escala Apgar (Suárez y Alcalá, 2014) y la Escala de Fortaleza del Apoyo Familiar (Puga et al., 2007).

### **3.11.8 Consideraciones éticas de la investigación**

La investigación se apegó a los principios éticos vigentes en las investigaciones con seres humanos en vulnerabilidad como es el caso de las personas adultas mayores.

Se respetó el derecho del participante a la autonomía o libre voluntad de participación; a la beneficencia, buscando siempre el bienestar del colaborador; a la no maleficencia, procurando siempre el menor daño posible al participante y respetando a la persona adulta mayor como titular de los derechos humanos, que son inalienables, universales e iguales para todo ser humano.

Para el cumplimiento de estas consideraciones éticas se elaboró el Plan de Garantía Ética que incluyó un consentimiento informado que se encuentra al final del proyecto (Anexo N.º 1).

### **3.12 Técnicas e instrumentos para la recolección de información**

Se utilizaron varias técnicas para la recolección de la información cuantitativa y cualitativa, con un tipo de estudio mixto secuencial.

#### **3.12.1 Encuesta**

La recolección de datos de la investigación planteada requirió la caracterización sociodemográfica que, según Vidal y Orellana (2004, p. 6), son aquellas características sociales con las que viven las personas como el sexo, edad, estado civil, ingresos, nivel escolar y otras que les identifican.

Para ello se aplicó la encuesta que incluyó las tres escalas (Satisfacción de la Vida, Apgar y Fortaleza del Apoyo Familiar) y se elaboró un cuestionario que consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables que se quieren medir y comprende preguntas cerradas, las cuales contienen opciones de respuestas previamente delimitadas que resultarán más fáciles de codificar y analizar (Hernández et al., 2014, p. 217).

- **Escala de Satisfacción de la Vida**

Esta escala se incluyó en la encuesta, fue creada por Deiner, Emmons, Larsen y Griffin en 1985 y traducida al español por Cabañero et al. (2004). Se usa para medir la percepción personal de satisfacción de la vida con cinco afirmaciones y midiendo tres dimensiones de funcionamiento: mental, social y físico. Corresponde esta al objetivo dos que caracteriza el apoyo familiar no solo por preguntas específicas, sino de entrada y cumple una función diagnóstica antes de que se profundice en la entrevista, obteniendo la percepción que tiene la persona adulta mayor de su vida, la construcción de relaciones familiares y lo que ha logrado a lo largo del tiempo.

Su función es importante para el análisis de la relación con la Escala de Fortaleza del Apoyo Familiar y poder identificar la influencia del apoyo familiar en la satisfacción de vida y bienestar de la persona adulta mayor. Seguidamente, se



utilizan los resultados del análisis y se desarrolla la propuesta del tercer objetivo planteado (Cabañero et al., 2004, p. 3).

Para averiguar el valor de la escala se calcula según los siguientes valores:

Tabla 3 *Escala de satisfacción de la vida*

SATISFACCIÓN DE LA VIDA	PUNTUACIÓN
Altamente satisfechos (muy felices)	30-35
Satisfechos	25-29
Ligeramente satisfechos	20-24
Ligeramente por debajo de la media de satisfacción	15-19
Insatisfechos	10-14
Muy insatisfecho	5-9

Fuente: Fundación Vivo Sano, 2014.

- **Escala Apgar**

La Escala Apgar incluye conceptos de funcionalidad familiar. Para profundizar en lo cuantitativo y para el estudio sobre calidad de vida y funcionalidad familiar se analizaron aspectos como adaptación, afectividad, participación en decisiones o eventos, gradiente de recursos o logros y capacidad resolutive de la familia (Suárez y Alcalá, 2014, p. 54).

Esta escala contribuye a obtener una información más profunda para el objetivo dos que plantea la caracterización del apoyo familiar y su función. En este estudio es observar la relación del núcleo familiar en la convivencia con la PAM y la calidad de vida en su hogar, aspecto que interesa para la construcción de la propuesta por plantear (Apéndice A).

Los valores de la Escala Apgar son los siguientes:

- 0 = Nunca
- 1 = Casi nunca
- 2 = Algunas veces
- 3 = Casi siempre
- 4 = Siempre

En su interpretación se consideró la disfuncionalidad familiar de la siguiente forma:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9 puntos (Suárez y Alcalá, 2014, p. 56).

- **Escala de Fortaleza del Apoyo Familiar**

Utilizada por Puga et al. (2007) para medir la fortaleza del apoyo familiar. Toma en cuenta, más allá de la simple co-residencia, el estado conyugal, el tamaño y composición del hogar, y la frecuencia de contactos y comunicación con los hijos.

Esta escala contribuye ampliamente al objetivo dos que caracteriza el apoyo familiar desde varias categorías, entre ellas la de frecuencia de contacto o comunicación de los miembros de la familia con la persona adulta mayor. Su función es importante porque mide desde la comunicación hasta la fortaleza o influencia del apoyo familiar en la salud y calidad de vida de la PAM.

Sin embargo este estudio, se parte en de que el apoyo familiar es una fortaleza, por lo que se recurrió a otras escalas que complementaron la información, con el fin de que los resultados no se basaran solo en aspectos de comunicación, sino que incluyeran la relación de convivencia de la PAM con su núcleo familiar.

Se asignó un punto a cada adulto mayor que cumplió con las condiciones que se consideraron en la escala. (Apéndice A). Estos componentes o condiciones fueron:

- a. Adulto mayor en hogares no solitarios: Son los adultos mayores que habitan con al menos una persona, independientemente de la filiación. Es un hogar compuesto por dos personas o más que pueden ser hijos, nietos y personas de otras generaciones que habitaran con el adulto mayor, además del cónyuge. Se utilizó la pregunta ¿Cuántas personas viven en este hogar?
- b. Viven en pareja: Para esta categoría se tomaron en cuenta las personas adultas mayores que tienen el estado conyugal de casado o unido y conviven con su pareja.
- c. Convive con algún(a) hijo(a): Se consideraron los adultos mayores que corresiden con al menos uno(a), independientemente si este es propio(a) o ajeno(a).
- d. Contacto con algún(a) hijo(a): Este contacto puede ser diario, semanal, quincenal o mensual. Se consideró a todos los hijos y se asume que aquellos adultos mayores que conviven con al menos uno(a) tienen contacto diario, semanal, quincenal o mensual con este(a). Se construyó a partir de la pregunta ¿Con qué frecuencia se ven o visitan? (Morales, 2006, p. 22).

### **3.12.2 Entrevista semiestructurada**

Se usó la entrevista semiestructurada (Apéndices B), que permite al investigador actuar con libertad, cambiando o creando nuevas categorías si la investigación lo requiere, enfatizando que «Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información» (Hernández et al., 2014, p. 403).

La entrevista semiestructurada se compone de una serie de preguntas abiertas, lo que significa que

no delimitan las alternativas de respuesta y son muy útiles cuando no hay información sobre las posibles respuestas del entrevistado y se utilizan para captar información sobre opiniones, maneras de pensar, experiencias

espontáneas desde sus escenarios de vida (Hernández et al., 2014, p 220).

### **3.12.3 Observación no participante**

La observación investigativa no consiste solo en ver, sino involucra todos los sentidos para observar los procesos que «implica adentrarnos profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones que se presenten» (Hernández et al., 2014, p. 399).

Se observan en profundidad las situaciones que expresan información sobre el apoyo familiar a la persona adulta mayor desde gestos, señas, actitudes, entorno que la rodea, fuente de información principal del estudio y las registra en su cuadernillo de notas para complementar la comprensión del contexto en el que vive el participante.

Posteriormente, se registra y codifica, se analiza lo que los sentidos le permiten comprender de la información recopilada y la relaciona con los restantes datos.

### **3.13 Diagnóstico del proyecto**

El presente estudio se basó en una oportunidad y no en un problema como, generalmente, se plantean los proyectos. En este caso se partió de una fortaleza como lo es el apoyo familiar a las personas adultas mayores. Según diversos entes institucionales, se reconoce el valor del apoyo familiar al cuidado y calidad de vida de la persona adulta mayor como elemento fundamental en su futura atención y cuidado (OMS, 2018; Puga et al., 2007). Se refirieron a la necesidad de los Estados a impulsar políticas que estimulen esta estrategia como herramienta para la atención oportuna que merecen.

También, Guzmán et al. (2003), Segarra (2017), Quesquén (2015) y Crespo y López (2017) le enfatizaron a los entes rectores de salud sobre el vacío de capacidad

familiar para dar el soporte a la persona adulta mayor al hacerle frente a los cambios que genera el avance hacia la vejez. Demostraron dicho vacío y apelan a la necesidad de un enfoque que integre al núcleo familiar como influencia positiva y necesaria para el bienestar de la persona adulta mayor.

Asimismo, en Costa Rica el Conapam (2016) en su Política Nacional de Envejecimiento planteó la estrategia de «Familias Solidarias» con el fin de crear programas y proyectos que capaciten a las familias para hacer frente solidariamente al cuidado de la PAM.

En San Antonio de Escazú se encontraron solamente 366 personas adultas mayores registradas en el Ebais que reciben atención sanitaria, se desconoce la cantidad y condiciones de las restantes, lo que refleja un vacío de información por parte del ente rector, que le impide planear proyectos para esta población. Debido a ello, la presente investigación buscó información sociodemográfica de este grupo etario, analizó el apoyo que reciben de su núcleo familiar y, posteriormente, planteó una propuesta que desde el componente de la Promoción de la Salud aporte la potencialización del apoyo familiar para su convivencia, el de la familia y el Estado.

Para conocer las características y fortaleza del apoyo familiar de la zona por investigada en los barrios La Avellana, Santa Teresa, San Antonio Centro y La Nuez de Escazú se realizaron entrevistas a las PAM y familias, mediante técnicas e instrumentos especificados en la metodología, visitando a los participantes seleccionados por la investigadora, analizando los datos obtenidos y desarrollando la propuesta adaptada a los resultados.

Se partió de que el apoyo familiar es una fortaleza, pero es en el análisis de datos donde se encontró la realidad actual y de ello dependió el planteamiento presentado al ente rector. Entre las fuentes se encuentran la información científica como el estudio de Puga et al., (2007), la que brindaron los participantes de primera mano en la investigación, las fuentes secundarias como medios de comunicación escrita, digital, internet, etc.

De las referencias anteriores se desprendió la importancia de que el ente rector cuente con información sobre apoyo familiar a la PAM, para planificar programas y

proyectos que como autoridad se dirijan a su cuidado y protección, así como políticas que integren al núcleo familiar, actores sociales y ente rector en proveer bienestar y oportuna atención a esta población que cada día va en aumento.

Según Rico (2015),

El Estado tiene un rol central en términos de garantizar el derecho a cuidar, ser cuidado y auto cuidarse,... quien recordó que en ausencia de políticas públicas sustantivas el trabajo de cuidados –tanto remunerado como no remunerado- se realiza en condiciones de invisibilidad y desprotección social (párr. 8).

Como se observa, las recomendaciones tanto de Rico (2015) como de Crespo y López (2007) apuntaron a la misma necesidad de rectoría del Estado en el derecho a «cuidar y ser cuidado», respuesta que busca esta investigación, para que el Área Rectora de Salud cuente con políticas que dirijan el apoyo familiar tomando en cuenta la persona adulta mayor, la familia y los cuidadores, todos finalmente actores activos, cercanos y dedicados a influir en el cuidado y calidad de vida de la PAM.

### **3.14 Beneficiarios del proyecto**

En primer lugar, el beneficiario directo del proyecto es la persona adulta mayor, al recibir de la familia una convivencia amigable que aporta a su calidad de vida bienestar y un entorno positivo para desarrollarse en plenitud durante su vejez, disfrutando de respeto, derechos y el calor de «envejecer en casa».

En segundo lugar, las familias, quienes se benefician con herramientas para brindar el apoyo adecuado a sus adultos mayores y que tengan una vejez con calidad de vida.

Consecuentemente, en tercer lugar, se beneficia la comunidad como un todo, al relacionarse con adultos mayores apoyados por sus familias y como parte de un proceso de integración de sus miembros en el cuidado de la PAM.

En cuarto lugar, el ente rector, quien ejerce su función al recibir un instrumento que potencie el apoyo familiar como fortaleza para atender a la PAM, dirigiendo esta

estrategia desde la Promoción de la Salud que empodere las familias, grupos organizados, instituciones y sociedad con habilidades para apoyar a estas personas y mejorar su calidad de vida.

Además, en concordancia con la declaración del Área Rectora de Salud que promueve a Escazú como «cantón amigable» con el adulto mayor, se confirma el seguimiento de los lineamientos de la OMS (2018), de promover el «envejecer en casa» para la PAM, y se fortalece desde la función rectora el apoyo familiar como factor protector de la longevidad saludable recomendado por el gobierno (ICT, 2017).

### **3.14.1 Aporte a la carrera de Promoción de la salud**

La Promoción de la Salud, según la Carta Ottawa (OMS, 1986), se refiere al enfoque que provee herramientas a la población para que adquiera habilidades que le permitan tomar control de su salud antes de que emerja el riesgo. También procura potenciar las fortalezas que posee la población para que anticipadamente cree entornos que contribuyan a mejorar y mantener la salud, mediante la participación social en la toma de decisiones.

La presente investigación se enfocó en una fortaleza que es el apoyo familiar al adulto mayor y no en los problemas que ya existen, dado que es más conveniente para el sistema de salud y para la población desarrollar acciones que anticipen el riesgo y promuevan la prevención, ya que la atención de la enfermedad requiere mayor inversión de recursos y solución tardía, en muchos casos a los problemas de salud.

El aporte de estudio para la carrera es el desarrollo de un modelo de intervención enfocado en fortalezas y potencialidades que aumente el proceso del Enfoque de la Promoción de la Salud del ente rector en el cuidado y protección a la salud de la persona adulta mayor, equilibrando la responsabilidad de la familia, comunidad, actores sociales, sociedad y Estado.

De igual forma, para un fortalecimiento sostenible del apoyo familiar, el ente rector ejercerá su rectoría creando políticas públicas que dirijan a los actores sociales

hacia un compromiso en la promoción del autocuidado con la participación social comunitaria y de las familias.

También, aportó una estrategia para involucrar a la familia y comunidad como actores activos en la promoción de sus fortalezas, espacios donde nace la buena salud, pretendiendo superar así las debilidades que poseen en sus núcleos familiares mediante un proceso educativo con visión positiva, que mejore su calidad de vida y definir la posibilidad de que se les pueda entrenar para asumir otros retos.

Por último, otro aporte es que creó una forma económica, simple, que impulsa una fortaleza basada en las características y costumbres culturales de sus habitantes sin alterar sus creencias y relaciones propias, respetando la esencia de la comunidad y la vida en común que practican, porque nació de adentro hacia afuera transformando esta fortaleza en una oportunidad de mejora en el escenario familiar y comunal.

En conclusión, la investigación creó una propuesta de Promoción de la Salud que se enfocó en una política que valore los atributos u oportunidades para desarrollar una atención oportuna a la PAM y su familia, adaptada a la comunidad, que capacite a los participantes a asumir sus responsabilidades respecto a su salud sin excesivos gastos financieros, y equilibrar así la función rectora de la salud hacia la familia, comunidad, actores sociales, sociedad y Estado.

### **3.15 Plan de trabajo**

El plan de trabajo cuenta con cuatro pasos o momentos específicos según Valle (1995):

#### **3.15.1 Etapa de gestión**

Esta etapa se subdividió en los siguientes momentos:

- Planificar la investigación
- Contactar a los participantes de la comunidad
- Preparar los instrumentos por utilizar para la recolección de información



- Gestionar los materiales, local, refrigerios que se necesitan para la investigación

### **3.15.2 El campo**

Se inició contactando a los participantes de la muestra seleccionada de la comunidad y se gestionó el encuentro para programar las citas de las entrevistas y encuestas. Seguidamente, se recolectó la información a través de los métodos y técnicas específicas en el campo, se refiere a la encuesta digital, que se portó en el teléfono, y la entrevista semiestructurada, instrumentos preparados con anticipación.

La recolección de la información se ajustó a los principios éticos del Plan de Garantía: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y derechos humanos, así como el consentimiento informado. La investigación fue de tipo mixta, con una muestra de participantes adultos mayores de ambos sexos y familias voluntarias que participaron en la investigación.

Las técnicas usadas fueron: en la parte cualitativa, la entrevista semiestructurada y la observación no participante; en lo cuantitativo, la encuesta a través de un cuestionario digital, con el fin de ahorrar papel en copias, las escalas Apgar, Fortaleza del Apoyo Familiar y Satisfacción de la Vida. Además, se obtuvo la información respetando el Plan de Garantía Ético presentado. Se recolectó información sobre las variables y categorías planteadas del constructo por investigar, para efectos de este estudio, el apoyo familiar a la persona adulta mayor y aportes de las familias seleccionadas. Esta fase aportó lo necesario para alcanzar los objetivos 1, 2 y 3 de la investigación.

### **3.15.3 Plan de análisis**

En este proceso se registró la información cualitativa mediante entrevista directa al adulto mayor y su familia, y la información cuantitativa que se recolectó por medio de encuestas.

La primera fase se refirió a lo cuantitativo, inició con el registro de la información recolectada por la encuesta con un cuestionario digital, seguidamente se produjo la tabulación, el análisis de datos y con el *software* SPSS (bajado a prueba de internet)

se graficó la información y se analizaron otros datos estadísticos. Además del análisis cuantitativo de la información recopilada, se incluyó uno cualitativo de las prácticas y concepciones de los participantes que fueron recolectadas durante la entrevista y la observación.

La segunda fase de análisis cualitativo se refirió a la codificación con *software* Atlas-ti (bajado a prueba de internet) que identificó segmentos de las entrevistas que contenían elementos similares. En ella se analizaron los conceptos mencionados de manera constante por los entrevistados.

Posteriormente, se avanzó a otro nivel que es cuando se decidió cuáles categorías obtuvieron «conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con significado» (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 448). Seguidamente, se procedió a darles nombre o siglas de codificación, luego estos segmentos se unieron por grupos llamados familias y se agruparon por categorías para facilitar el análisis de la información.

Una vez que se analizaron los aportes por medio de técnicas y análisis del investigador, se integraron a los resultados cuantitativos y cualitativos, para así alcanzar los resultados y conclusiones generales.

Al tratarse de un enfoque mixto secuencial, primero se analizaron estadísticamente los datos cuantitativos y «utilizando el programa Atlas Ti, SPSS u otro que se tuviera disponible» (Hernández et al., 2010, pp. 448-463), se mostraron gráficamente los resultados numéricos de la investigación, completando el análisis y, posteriormente, se diseñó la propuesta de apoyo familiar para el ente rector.

#### **3.15.4 Presentación pública de la investigación**

Incluyó la exposición del proyecto a nivel público, así como la herramienta sobre apoyo familiar producto de la investigación para el ente rector y, además, se realizó la devolución a la comunidad del resultado final.

### **3.16 Recursos**

En el presente proyecto los recursos necesarios fueron la estudiante investigadora como recurso humano, una computadora, teléfono, copias.

El Área Rectora de Salud aportó las instalaciones para reuniones, fotocopias, acompañamiento a la investigadora para la visita a las comunidades en estudio, impresión de los ejemplares de la propuesta, así como la extensión de documentos que se necesitaron para llevar a buen término el proyecto.

### **3.17 Variables de estudio y categorías de análisis**

A continuación se presentan las variables y categorías que se analizan en el trabajo por desarrollar (ver Anexos) :

#### **3.17.1 Características sociodemográficas**

Se refiere a características de la persona adulta mayor que participa en la investigación como sexo, edad, escolaridad, estado civil, económicas, laborales, de vivienda, con quién vive. También, a las de su familia cuyas categorías por investigar incluyen sexo, edad, parentesco, escolaridad, estado civil, ingresos, comunicación y calidad de las relaciones de sus miembros con el adulto mayor.

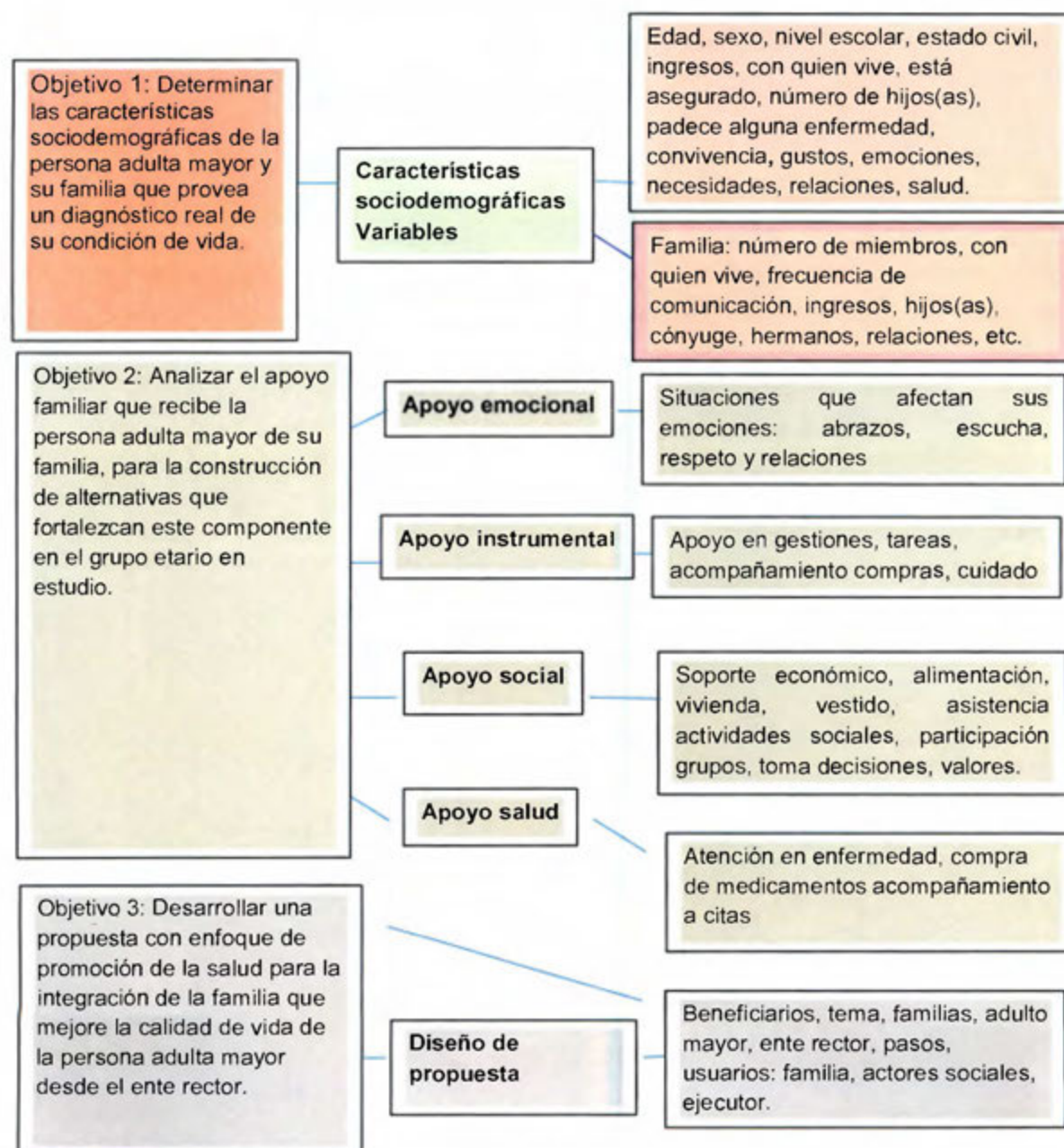
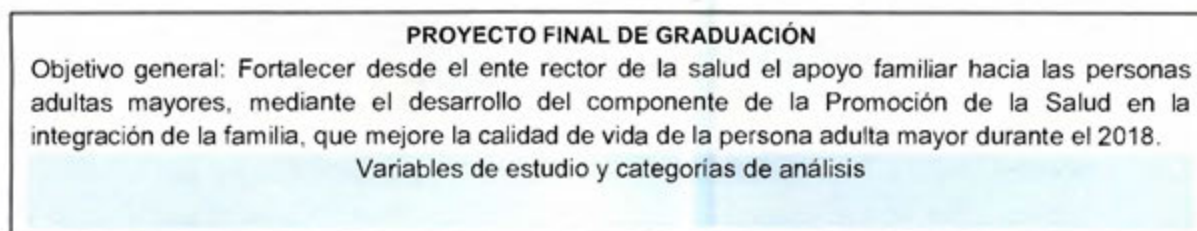
#### **3.17.2 Características del apoyo familiar a la persona adulta mayor**

Se investigaron las características del apoyo familiar que requieren las personas adultas mayores para disfrutar de una mejor calidad de vida en la familia con que comparte. Entre ellos se incluyeron acompañamiento, participación, relación afectiva, salud, apoyo material y social.

Tabla 4 *Variables y categorías analizadas para los objetivos de la investigación (Ver desglose en Anexos).*

<b>Categoría</b>	<b>Concepto</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Técnica por usar</b>
Características sociodemográficas de adultos mayores y familias	Características sociales con las que viven las personas. (Vidal y Orellana, 2004, p. 6).	<b>Variables:</b> Sexo, edad, escolaridad, estado civil, economía, laboral, vivienda, gustos, emociones, necesidades, relaciones, salud.	Encuesta (Apéndice A)
Características del apoyo familiar recibido	«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» (Guzmán et al., 2003)	<b>Categorías</b> Emocional, económico, instrumental, social y de salud.	Entrevista semiestructurada Cuestionario (Apéndice B)

Fuente: Elaboración propia, 2018.



**Figura 2 Mapa conceptual de variables y categorías del proyecto**

Fuente: Elaboración propia, 2018

### **3.18 Desarrollo de una propuesta de apoyo familiar a la persona adulta mayor desde la Promoción de la Salud**

La Promoción de la Salud en su esencia plantea estrategias anticipadas a los riesgos en salud de las personas adultas mayores, analizando las oportunidades y fortalezas que le ofrece el contexto. En Costa Rica, de acuerdo con Puga et al. (2007) se planteó que el apoyo familiar a la persona adulta mayor es muy fuerte, que la familia costarricense y sus relaciones cercanas con esta población son un factor positivo para mantener y proteger su calidad de vida.

Además, se consideró que el apoyo familiar costarricense más frecuente es el de cohabitación, que influencia la sana estima, el aprecio por la vida y el ánimo para vivir, elementos significativos en la salud de la persona adulta mayor y de gran relevancia para esta investigación, ya que se tomaron en cuenta para el diseño de la propuesta de apoyo familiar a la PAM.

El conocimiento encontrado por investigaciones como la de Puga et al. (2007) y el mejoramiento de la calidad de vida en familias que se relacionan bien internamente, como señaló Segarra (2017), fortalecieron la presente investigación y se tomaron en cuenta sus aportes.

Sumado al análisis de la información recolectada sobre las características de la PAM y sus familias de la zona, de las del apoyo que le brinda el núcleo familiar al momento de la investigación, así como opiniones de los entrevistados acerca de lo que se puede hacer, se procedió a construir una propuesta adaptada a las costumbres de las comunidades estudiadas. Se buscó una respuesta desde la Promoción de la Salud que, dirigida por el ARS, actúe sobre los determinantes y fortalezca el apoyo familiar al adulto mayor con una convivencia amigable dentro del espacio familiar.

El aporte incrementará habilidades para el abordaje del apoyo a las familias, PAM, Área Rectora de Salud, actores sociales, grupos organizados y sociedad en general, apoyados por el sistema de salud en la atención primaria de la zona. Se incluyó la presentación pública y devolución de los resultados a la comunidad y,

además, se cumplió, según se especificó en el Plan de Garantía Ética con el manejo de la información confidencialmente.

El estudio contó, para mayor seguridad del manejo de la información, con bitácora de registro de anotaciones, entrevistas y observaciones, así como los resultados de la investigación que serán tratados de manera confidencial.

### **3.19 Alcances y limitaciones**

El alcance de este proyecto fue el aporte al Área Rectora de Salud de Escazú, dirigido a fortalecer la habilidad familiar, institucional y comunal para apoyar a la persona adulta mayor desde el componente de la Promoción de la Salud, de manera que incremente una relación satisfactoria y positiva con su familia durante su vejez.

Entre las limitaciones se presentaron:

- Transporte: El difícil transporte hasta los barrios Santa Teresa, La Avellana, La Nuez y San Antonio Centro de Escazú, dado que no existe conexión entre estos. Se planteó adecuadamente el tiempo para utilizarlo en forma eficiente en la labor de recolección de datos.
- Uso de *software*: La investigadora no contaba con suficiente práctica en el uso de este tipo de programas de análisis como el SPSS, por ejemplo, por lo que requirió capacitarse en su implementación.





### 3.21 Plan de Garantía Ética

La presente investigación contempló los conocidos principios de la Bioética, Informe de Belmont de 1978 (Siurana, 2010), entre los que se destacaron el principio de autonomía, que especifica que el participante puede ser voluntario y libre para ser parte de la investigación o abandonarla cuando lo considere conveniente; el de beneficencia, que advirtió a la investigadora sobre un estudio que resguardara al máximo al participante y que le produjera el mínimo daño; el de no-maleficencia, que significó protegerlo de daños de manera premeditada, y el de justicia, que buscó la distribución justa, con equidad e igualdad de lo que le correspondió a cada participante durante la investigación (COIMS, 2001, pp. 11-12).

El propósito de esta investigación sobre las condiciones de apoyo familiar de la persona adulta mayor permitió conocer estas necesidades con el fin de que el Área Rectora de Salud de Escazú planifique estratégicamente soluciones a estas, y presenta como herramienta una propuesta de apoyo familiar que se ajusta a las normas del Plan de Garantía Ética.

El Plan de Garantía Ética reconoció, como consta en el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, a la persona adulta mayor como «personas especiales en el ámbito jurídico, social y ético, en función de los derechos humanos conquistados» (Benavidez, 2009, p. 6).

Además, se le reconoció los derechos que le atribuye la Ley N.º 7935 Ley Integral del Adulto Mayor de la legislación de Costa Rica en cuanto a la protección de sus derechos y respeto a su condición de vulnerabilidad.

Este plan se comprometió a respetar el principio a la autonomía, que se entiende como «el reconocimiento de la capacidad de las personas como agentes morales libres, hasta cuando las condiciones se los permitan» (Benavidez, 2009, p. 5). Para que disfrute de sus ventajas provistas por las normas establecidas, se garantizó a la PAM entrevistada en este estudio su libertad para aceptar o no su participación, o de abandonarla cuando lo deseara, ya que es un derecho humano que le asiste, garantizado por las leyes del país a decidir conforme su libertad y autonomía para tomar decisiones personales sin presión alguna.

Se desarrolló, también, el principio de beneficencia, que garantizó a la persona adulta mayor participante el esfuerzo honesto de beneficiarle al máximo y le procuró el mínimo daño durante la investigación.

El principio de no maleficencia a la persona adulta mayor evitó todo daño que pudiera afectar su condición, se acogió a la confidencialidad y para efectos científicos de este proyecto la información obtenida también, la cual será custodiada por la investigadora protegiendo su privacidad.

Asimismo, el principio de justicia que significó la posibilidad de obtener todos los beneficios a que tienen derecho según su condición y que la investigación alcanzó. (Benavidez, 2009, p. 6).

El presente estudio cumplió las regulaciones establecidas por el Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica aprobado en el 2016, que estableció las normas éticas que debe cumplir el investigador (UCR, 2017, p. 1).

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y ANÁLISIS**

En esta sección se presentan los resultados de la investigación con base en la información de las entrevistas realizadas a diez personas adultas mayores y sus familias, y a la encuesta aplicada a 108 personas adultas mayores de Santa Teresa, La Avellana, La Nuez y San Antonio Centro de Escazú.

Los resultados se detallan en el orden de los objetivos planteados y con el respectivo desglose de temas investigados en relación con estos, con el fin de mantener un hilo conductor de los contenidos, datos, objetivos y propuesta planteada. Luego, se analizaron los hallazgos y se aportaron las recomendaciones y conclusiones.

El primer objetivo planteado se refirió a determinar las características sociodemográficas de la persona adulta mayor y sus familias de la zona indicada.

Posteriormente, se presenta la caracterización y análisis del apoyo familiar a la persona adulta mayor hallados en la información de las encuestas y entrevistas aplicadas a los participantes del estudio, la cual se analizó para obtener un acercamiento más profundo a la realidad que experimentan estas personas en su convivencia familiar.

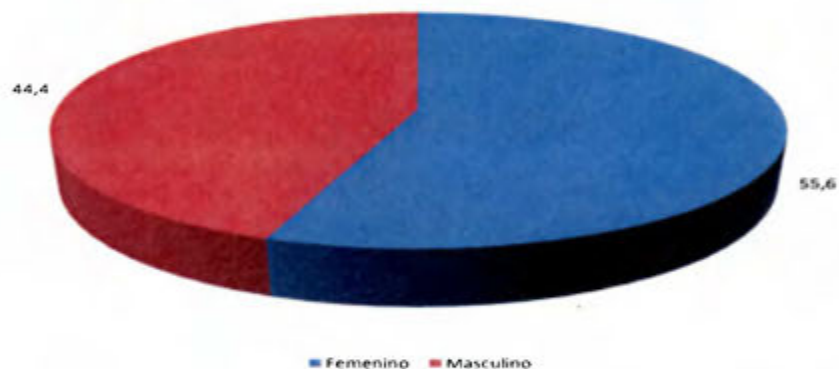
Finalmente, se planteó una propuesta para el ente rector con base en los datos encontrados y en el análisis respectivo que se desarrolló desde el componente de la Promoción de la Salud, que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

## 4.1 Resultados

### 4.1.1 Características sociodemográficas de la persona adulta mayor y su familia

#### Sexo

La distribución de las personas adultas mayores según sexo es el 55,6 % (n = 60) del femenino y el restante 44,4 % (n = 48) del masculino (Figura 3). Se hace necesario aclarar que la muestra inicial fue de 93 personas, pero debido a la previsión que hizo la investigadora de asegurar suficiente información válida, seleccionó 15 participantes más, llegando la muestra total a 108 participantes, por lo que los resultados se refieren a la última muestra seleccionada.



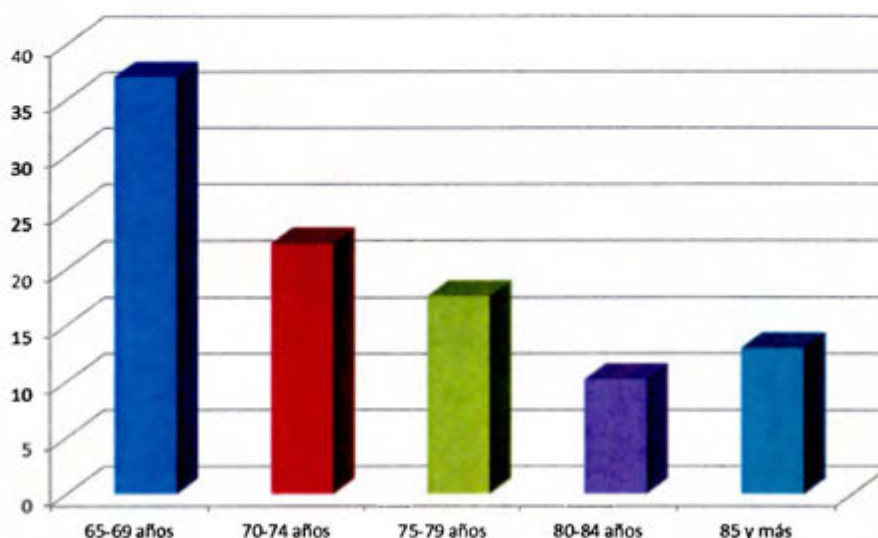
**Figura 3 Distribución de frecuencias según sexo de los entrevistados**

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población adulta mayor consultada presenta mayor cantidad de mujeres que hombres, aspecto que se debe tomar en cuenta para los planes a favor de la persona adulta mayor (Figura 3). Y esto concuerda con la revisión bibliográfica que señala que el grupo de mujeres aumenta en relación con el de hombres dependiendo de la edad y la sobrevivencia de estas es mayor que la de los varones.

## Edad

En la distribución de frecuencias de las personas adultas mayores entrevistadas, según los grupos de edad definidos, se observa que la mayoría se encuentra en el rango de 65 a 69 años ( $n = 40, 37\%$ ) [Figura 4].



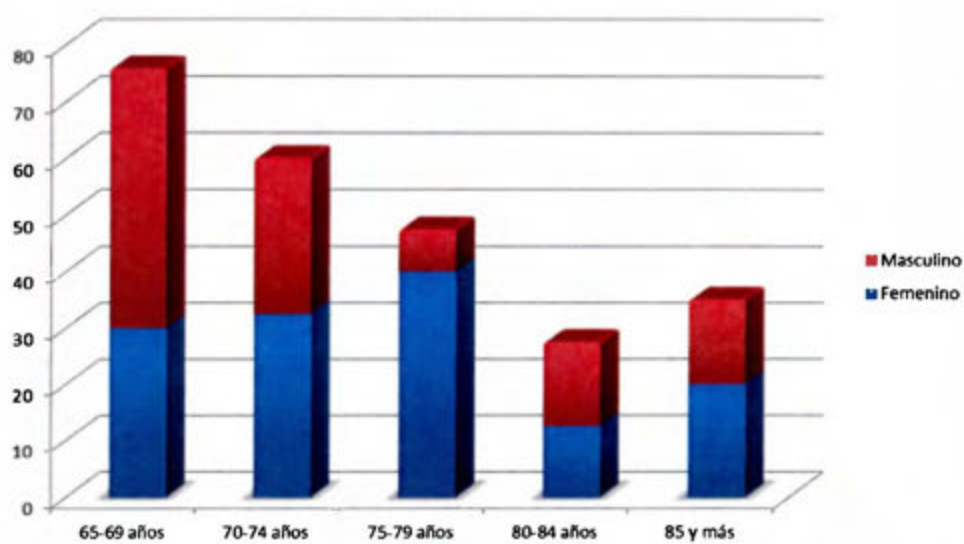
**Figura 4** Distribución de frecuencias relativas según rangos de edad de los entrevistados

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Asimismo, se muestra un porcentaje de 37 % de PAM en el rango de 65 a 69 años, un 22 % en el o de 70 a 74 años, un 17,6 % en el de 75 a 79 años, un 10,2 % en el de 80 a 84 años y, finalmente, un 13 % de 85+ años (Figura 4). Se revela el aumento de este grupo etario, por lo que la OMS (2018) y las diferentes instituciones nacionales reconocen que deben planificar estratégicamente las iniciativas para atenderlo oportunamente.

Se tiene que la mayor cantidad de PAM hombres se ubican en el rango de 65 a 69 años es de un 45,8 %, en el de 70 a 74 años un 27,5 % y el de 75 a 79 años un 7,5 %. Mientras que la PAM mujer tiene un 40 % en el rango 75-79 años, un 32,5 % en el de 70 a 74 años y un 30 % el de 65 a 69 años (ver Tabla 8). Puede notarse que es mas longeva la mujer que el hombre, por lo que las políticas públicas deben

abarcar esta diferencia que requiere directrices específicas de acuerdo con el género de la PAM.

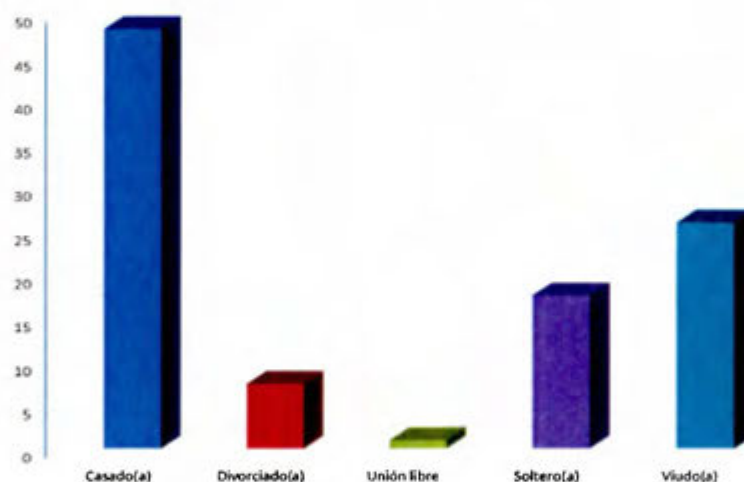


**Figura 5 Distribución de frecuencias relativas según sexo y rangos de edad**  
Fuente: Elaboración propia, 2018.

## Estado civil

La distribución de frecuencias del estado civil de los entrevistados (Figura 6) revela que el 48,1 % están casados(as) [n = 52], un 25,9 % viudos(as) [n = 28] y un 17,6 % solteros(as) [n = 19]. Cabe resaltar que la mayoría viven con su pareja, lo que es un aspecto que debe interesarle al ente rector para promover programas que se dirijan a estas personas, dado que conviven con su compañero(a) y se cuenta con la ayuda mutua y solidaria.

La existencia de porcentajes altos de viudas(os) y solteras (os), por su parte, deja ver personas adultas mayores que necesitan soporte de familiares y redes de apoyo que les acompañen en su vejez, característica importante cuando se crean programas específicos para este grupo de población, fortaleciendo sus vínculos sociales, dada la importancia afectiva y asistencial que puedan llegar a necesitar.



**Figura 6** Distribución de frecuencias relativas según el estado civil de los entrevistados

Fuente: elaboración propia, 2018.

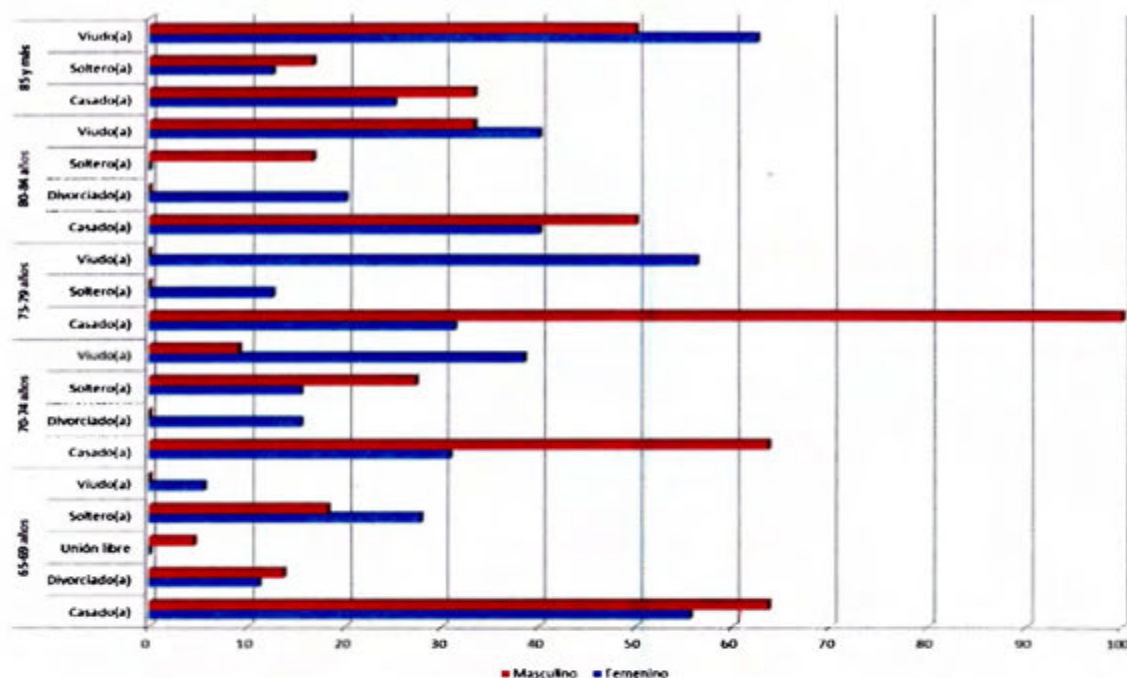


### **Sexo, edad y estado civil**

En la distribución de la edad según estado civil y sexo de las PAM entrevistadas en el rango de 65 a 68 años la mayoría están casados(as) [55,6 % las mujeres y 63,6 % los hombres], en el de 70 a 74 años en gran número las mujeres se encuentran viudas (38,5 %) y los hombres casados (63,6 %) [ver Tabla 10].

Se tiene que la mayoría de los hombres están casados y que la mujer, por su mayor esperanza de vida, vive más años, pero una gran parte llegan viudas a su avanzada edad (Figura 7). Se sabe que la viudez es una etapa de pérdida de un(a) compañero(a) de vida, por lo que necesita crear nuevas redes sociales que le brinden apoyo.

La vulnerabilidad en esta etapa es suficiente como para que las políticas públicas inclusivas tomen en cuenta esta necesidad y la suplan con actividades dirigidas a este grupo etario, que le protejan en sus necesidades materiales, emocionales y sociales y, a la vez, le aseguren acompañamiento y soporte en su vejez. Aquí cumple un rol elemental el apoyo familiar que debe ser tutelado por el Estado mediante el ente rector que genere políticas que involucren la familia que abraza el(la) viudo(a), dándole seguridad y amor en su etapa de vejez.

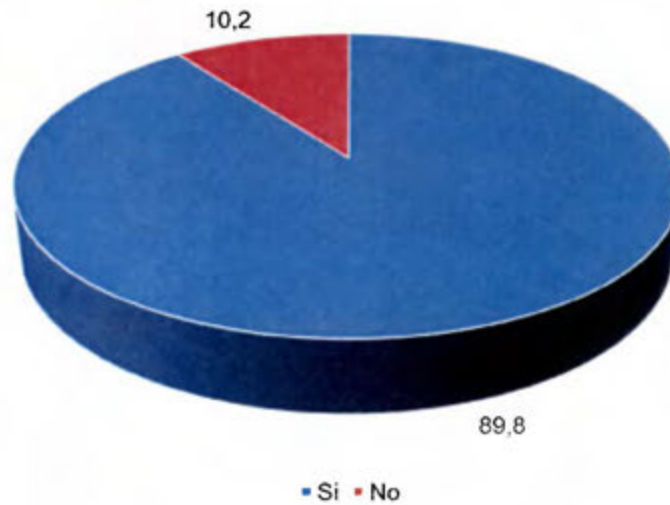


**Figura 7** Distribución de frecuencias porcentuales según sexo y grupos de edad y estado civil

Fuente: Elaboración propia, 2018.

## Escolaridad

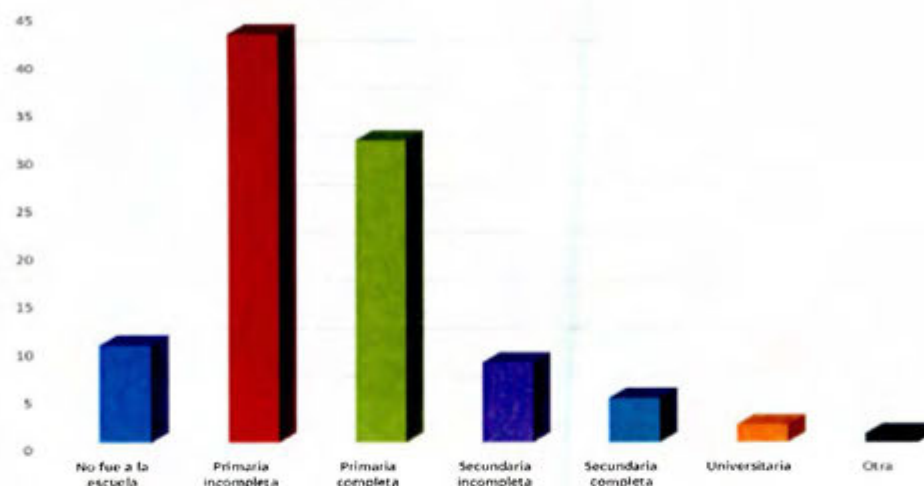
Es interesante que un porcentaje muy alto de las personas entrevistadas (casi el 90 %) asistió a la escuela (Figura 8), lo que demuestra que el nivel educativo en las PAM de Escazú es limitado, y se puede relacionar con otros elementos culturales. El grado de escolaridad también permite contemplar acciones diferentes que potencian la calidad de vida de este grupo etario. Al conocer este dato, pueden implementarse acciones de trabajo colaborativo más amplias como los grupos de discusión, por ejemplo, dependiendo del nivel escolar que alcanzaron, ya que en su contexto de crianza no se facilitaba la accesibilidad al aspecto educativo.



**Figura 8 Distribución de frecuencias relativas de los entrevistados que asistieron a la escuela en algún momento**

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En la distribución de la escolaridad a la que llegaron los entrevistados, se aprecia que la mayoría de ellos mencionaron poseer la primaria incompleta ( $n = 46$ , 42,6 %), otra cantidad considerable contestó tenerla completa ( $n = 34$ , 31,5 %) [ver Tabla 12], siendo la educación un factor determinante del bienestar de la persona por la expansión de capacidades que produce. Se nota que no es una característica fuerte de la PAM consultada, donde porcentajes bajos se refieren a nivel de secundaria y universitaria (Figura 9). Este determinante necesita fortalecerse en la PAM desde políticas públicas adecuadas a sus características para que afronte la vejez con mayores opciones de desarrollo personal.

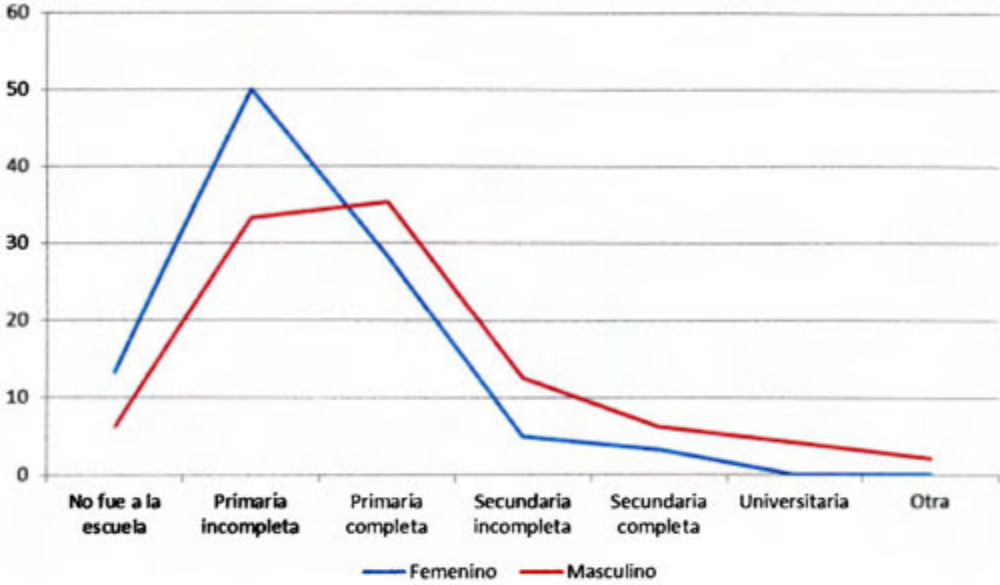


**Figura 9 Distribución de frecuencias relativas de la escolaridad de los entrevistados**  
Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las PAM mujeres tienen el mayor porcentaje de primaria incompleta (50 %), mientras que la completa el mayor porcentaje (35,4 %) corresponde a PAM hombres, lo mismo sucede con la secundaria y estudios superiores.

Tal resultado manifiesta que, en general, la escolaridad de la PAM mujer consultada es menor que la del hombre (Figura 10), fenómeno cultural, patrón machista, exclusivo y discriminatorio que sigue vigente hasta la actualidad, afectando negativamente a la mujer en su rol social e impidiendo su desarrollo intelectual, social, económico y de agenciamiento para contar con mejores condiciones de vida en su adultez mayor.

El ente rector debe actuar enfáticamente creando políticas justas, equitativas e igualitarias que prevean el riesgo de vulnerabilidad y pobreza de la PAM mujer, activando programas que extiendan sus oportunidades con el fin de facilitarles una vejez digna «en casa».

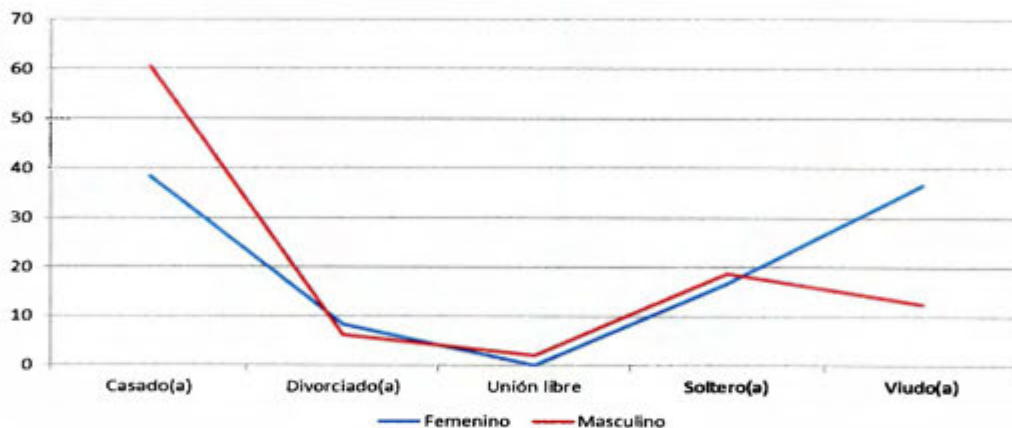


**Figura 10 Distribución de frecuencias relativas del sexo y escolaridad de las personas adultas mayores**  
Fuente: Elaboración propia, 2018.

En la Figura 11, se observa que de las personas adultas mayores un 60 % de hombres están casados, mientras que de las mujeres un 38 %; en la viudez, un 36,7 % y el hombre con un porcentaje de 12,5 %; en la soltería 18,8 % en hombres y un 16,7 % en mujeres (ver Tabla 14).

La viudez en la mujer y la soltería en el hombre son características importantes para la creación de una política pública que favorezca a la PAM, por las situaciones específicas de cada persona, pero también los servicios de cuidado que demandan del Estado cuando no existen lazos familiares que respondan al envejecimiento de esta población.

El ente rector debe pensar en ello, previendo la reducción de hijos por familia que está ocurriendo y por la preocupación de quién cuidará a estas PAM sin núcleo familiar, o impulsar el autocuidado para este grupo etario.



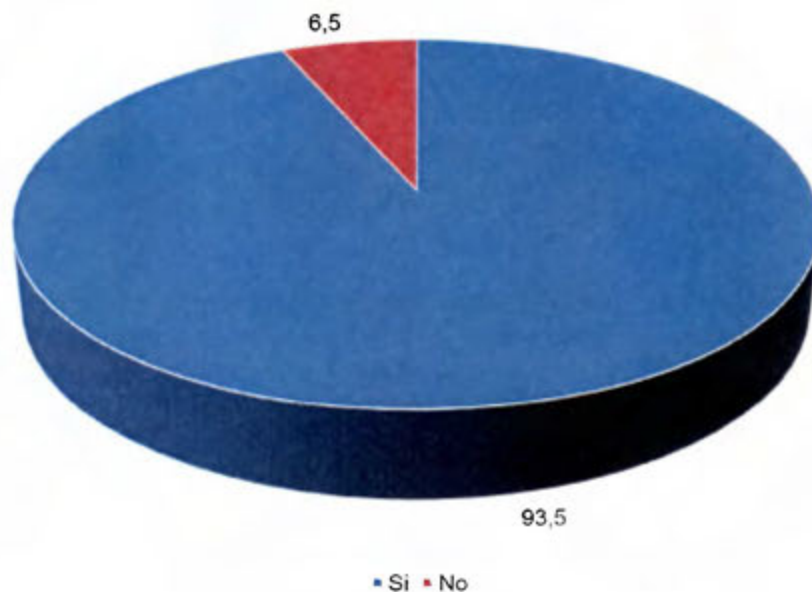
**Figura 11 Distribución de frecuencias relativas del sexo y estado civil de las personas adultas mayores**

Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Aseguramiento social

Al preguntarles a las personas adultas mayores entrevistadas si están aseguradas, el 93,5% (n = 101) respondieron que sí y siete no cuentan con seguro (Figura 12), existiendo una ley de aseguramiento universal. Vale preguntarse la accesibilidad a este servicio de poblaciones en vulnerabilidad, qué barreras han encontrado para no haberlo gestionado, ¿serán educativas, de acceso a la información, desconocimiento, necesidad de motivación, negligencia familiar o porque el Estado no verifica que todas las PAM cuenten con seguro?

Se encuentra un vacío por parte de los servicios de atención en salud, al no identificar estas personas no aseguradas desde la atención primaria y garantizarles este derecho, dada la importancia de contar con estos servicios básicos en la etapa de adultez donde son más frecuentes las enfermedades. A partir de la Promoción de la Salud, una estricta garantía de cumplimiento de los derechos de la PAM como el acceso a la atención sanitaria debe iniciarse desde el ente rector para mejorar su calidad de vida.



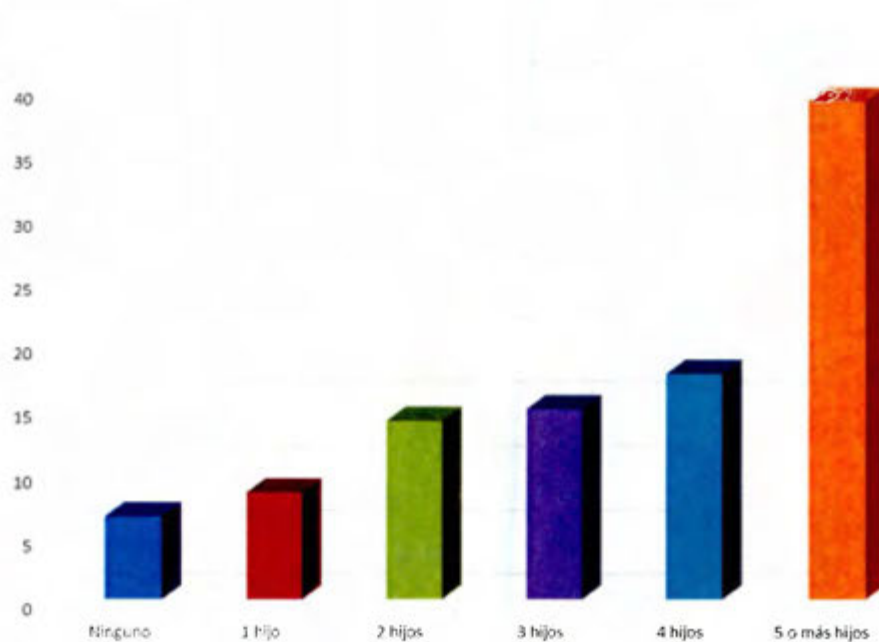
**Figura 12 Distribución de frecuencias del aseguramiento de los entrevistados**

Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Cantidad de hijos

Según la Figura 13, en la distribución de frecuencias de la cantidad de hijos que componen la familia de la persona adulta mayor, la mayoría indicó que tienen cinco o más hijos ( $n = 42$ ; 38,9 %), el promedio general se calculó en tres hijos por familia (ver Tabla 16).

Sin embargo, actualmente, el promedio de hijos por familia según el INEC (2018) es de 2.6 miembros por familia, lo que obliga al ente rector a plantearse nuevas estrategias de apoyo familiar, de cuidado, de epidemiología, económicas u otras condiciones que enfrentarán las PAM de las generaciones venideras.



**Figura 13 Distribución de frecuencias relativas según la cantidad de hijos que tienen los entrevistados**

Fuente: Elaboración propia, 2018.

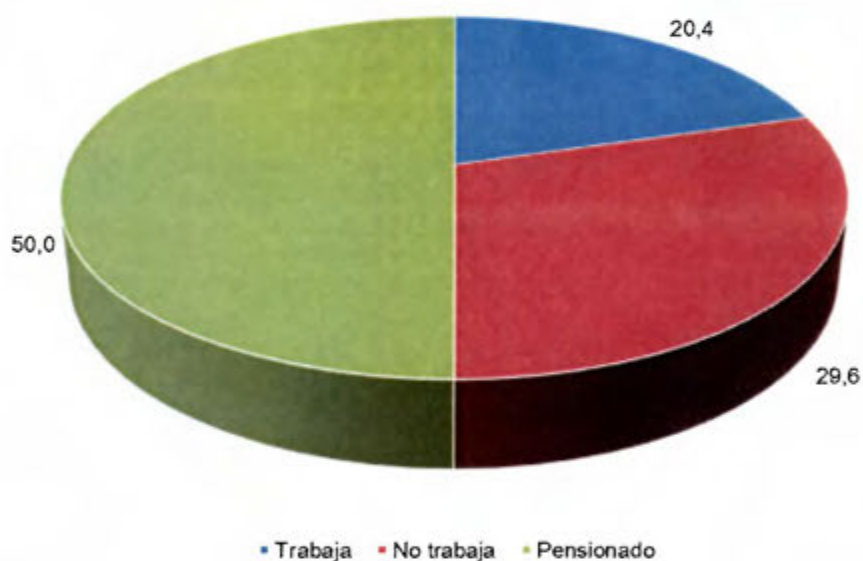


### Condición laboral

Según la distribución de frecuencias de la condición laboral de las personas adultas mayores captados en la investigación, el 20,4% (n = 22) contestó que todavía se encuentra laborando, el 29,6 % (n = 32) no labora y el restante 50 % (n = 54) están pensionados(as) [Figura 14].

Se tiene que la mayoría son pensionados, de donde recibe sus ingresos, lo que no les asegura que podrán cubrir todas sus necesidades y, debido a ello, necesitan un ingreso extra.

El ente rector puede crear políticas que permitan a la PAM capacitada poder trabajar algunas horas, con el fin de que aumente sus ingresos y pueda proveer sus necesidades más tranquilamente.



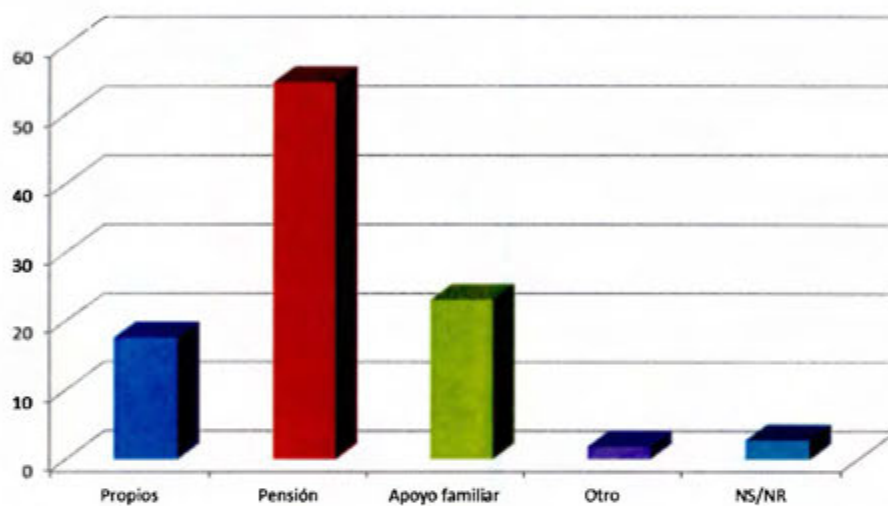
**Figura 14 Distribución de frecuencias relativas según condición laboral actual en los adultos mayores**

Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Origen de los ingresos

En relación con el origen de los ingresos que poseen las personas adultas mayores, según la Tabla 17, un 54,6 % (n = 59) contestó que provienen de la pensión, seguido de un 23,1 % (n = 25) de apoyo familiar (ver Tabla 18).

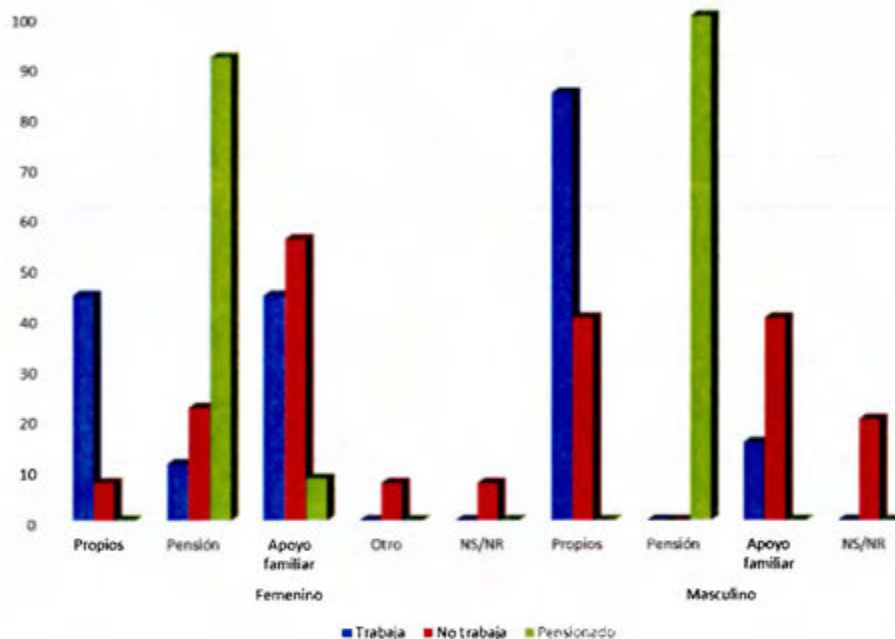
En la Figura 15 se revela que el segundo lugar de los ingresos los aporta la familia, apoyo que nace de los hijos y otros miembros.



**Figura 15** Distribución de frecuencias relativas según el origen de los ingresos que tienen los entrevistados

Fuente: Elaboración propia, 2018.

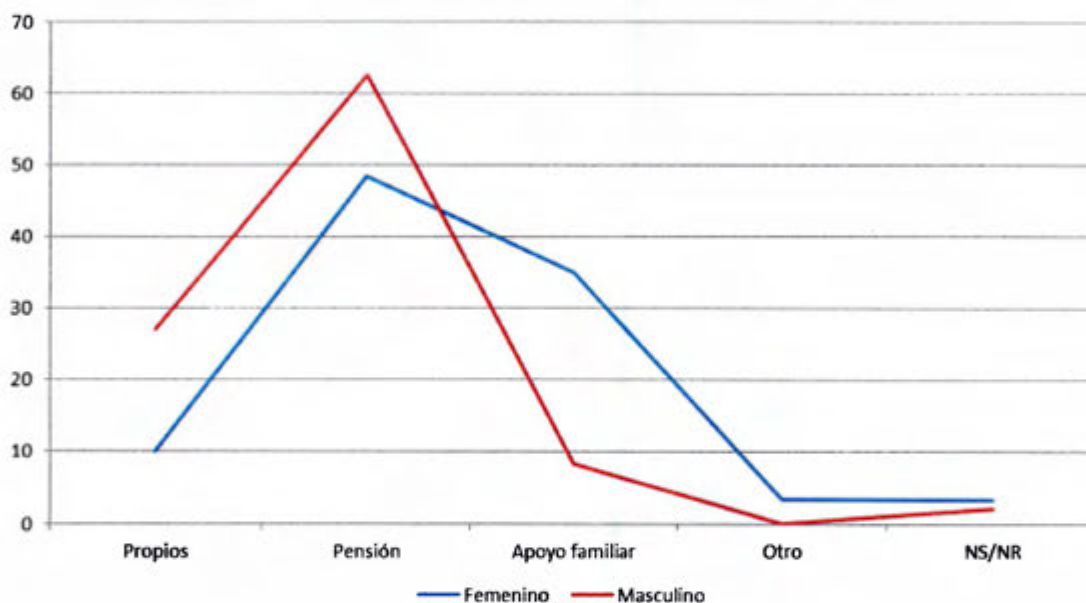
Como datos relevantes sobre la fuente de ingresos, condición laboral y sexo de las personas adultas mayores entrevistadas, en la Figura 16 se muestra que la mayoría de los que están pensionados solamente tienen la pensión (mujeres 91,7 % y hombres 100 %); de los que mencionaron que trabajan y cuentan con ingresos propios (44,4 % las mujeres y un 84,6 % los hombres); reciben apoyo familiar (44,4 % las mujeres y un 15,4 % los hombres), y los que contestaron que no trabajan, la fuente de ingreso de las mujeres es el apoyo familiar (55,6 %) y de los hombres el apoyo familiar e ingresos propios (40 %).



**Figura 16** Distribución de frecuencias relativas según fuente de ingresos, condición laboral y sexo

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La curva de la Figura 17 muestra el ingreso económico de la PAM, donde los hombres manejan más recursos propios, son más los pensionados y poseen otras entradas. Hay que recordar que el hombre consultado cuenta con mayor educación, y por ello más herramientas y oportunidades para agenciar ingresos. La mujer genera menos recursos propios, son menos las pensionadas por su ocupación, generalmente, como ama de casa y es la que recibe más apoyo económico familiar, debido probablemente a su menor grado de escolaridad y patrones culturales de su contexto.



**Figura 17 Distribución de frecuencias relativas por sexo y origen de los ingresos en las personas adultas mayores**

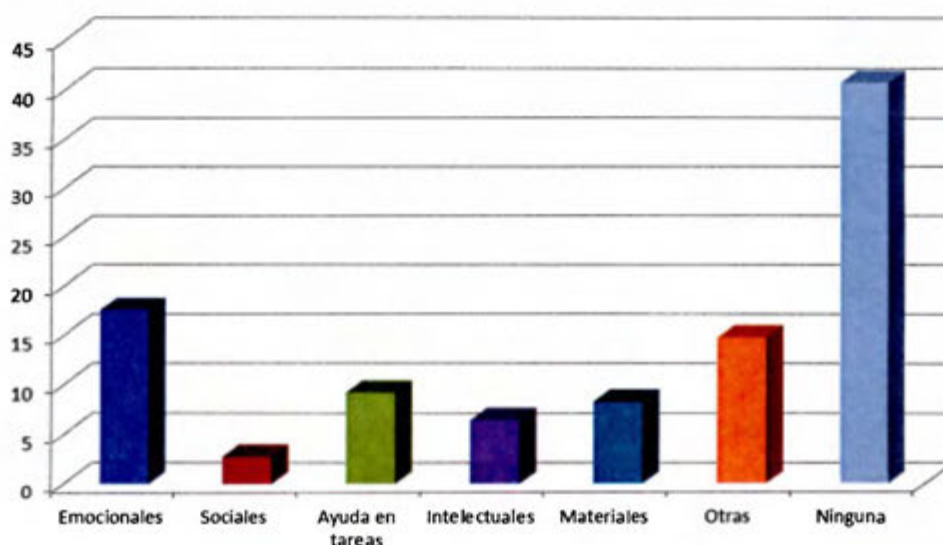
Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Necesidades no satisfechas

Según la presencia de necesidades no satisfechas en las personas adultas mayores del estudio, el 40,7% (n=44) contestó que no posee, el resto de participantes, 17,6% (n=19) indicó que tiene necesidades emocionales sin satisfacer, el 14,8% (n=16) sí presentan otras no satisfechas y el 9,3% (n=9) manifestó que necesita ayuda en tareas (ver Tabla 21).

Nótese que existe un grupo que está satisfecho con su vida y tiene sus necesidades suplidas, lo que manifiesta que las condiciones provistas por el Estado produce una mejor calidad de vida.

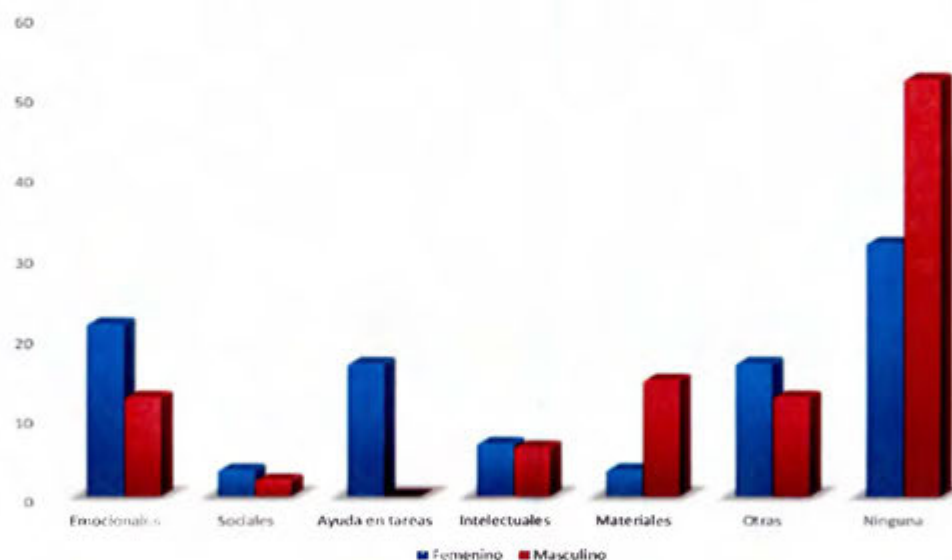
Entre las necesidades menos satisfechas están las emocionales, ayuda en tareas, materiales e intelectuales (Figura 18), áreas por desarrollar y fortalecer mediante políticas públicas que llenen este vacío pendiente en este grupo etario.



**Figura 18** Distribución de frecuencias relativas según la presencia de necesidades no satisfechas.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En la Figura 19 se observa la distribución de las necesidades no satisfechas en las personas adultas mayores según sexo, tanto las mujeres como los hombres indican que no tienen necesidades sin satisfacer en un 31,7% y 52,1%, respectivamente; y de los que sí (Tabla 22), las mujeres mencionaron las emocionales principalmente y la ayuda en tareas. Los hombres indicaron necesidades materiales (n = 7, 14,6%) y las emocionales en segundo lugar, por lo que se entiende que la etapa de adultez mayor requiere apoyo emocional y que la preocupación económica está latente.



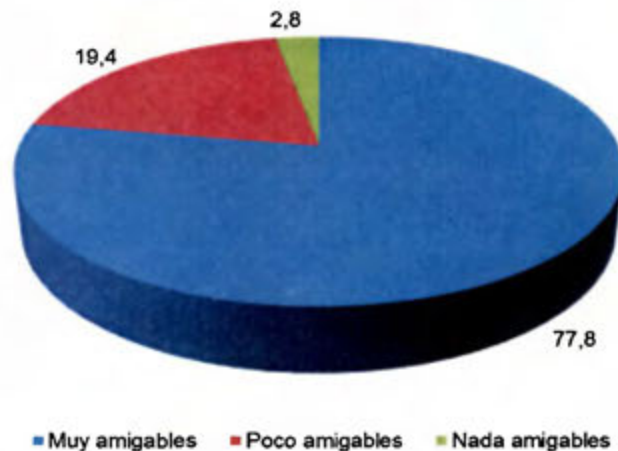
**Figura 19** Distribución de frecuencias relativas de las necesidades no satisfechas según sexo

Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Relaciones familiares

En cuanto a la relación que mantiene la persona adulta mayor con los miembros de su familia y según se refleja en la Figura 20, el 77,8% (n = 84) mencionó que las relaciones son muy amigables, el 19,4% (n = 21) poco amigables y el restante 2,8% (n = 3) opinó que son nada amigables (ver Tabla 23).

Se muestra la necesidad de empatía en la convivencia de la PAM con sus familiares como habilidad deseable para crearle un entorno adecuado para «envejecer en casa».

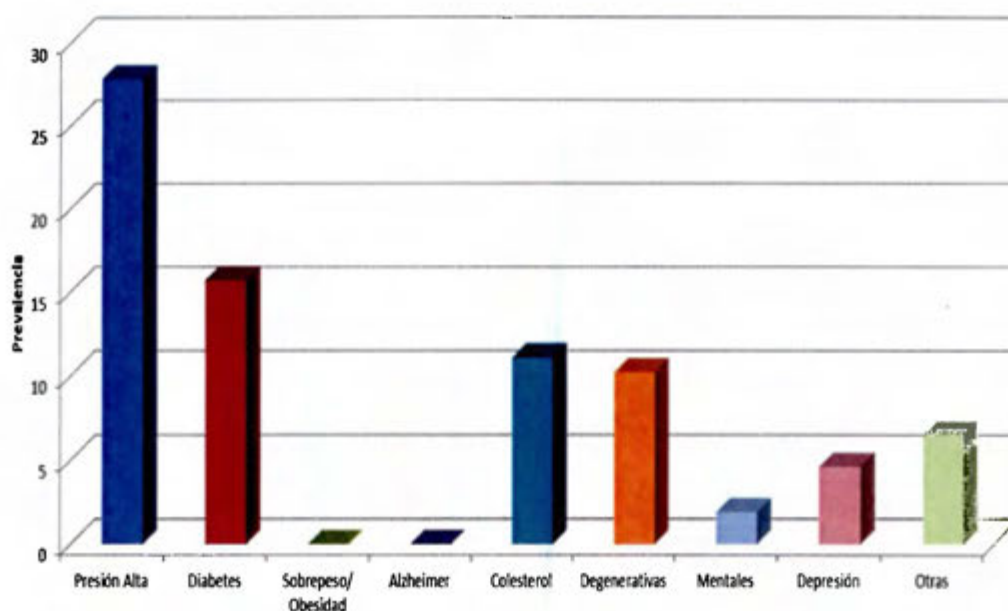


**Figura 20 Distribución de frecuencias según relación que mantiene con la familia**  
Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Prevalencia de enfermedades

En la Figura 21 se presenta la distribución de la prevalencia de las enfermedades que mencionaron los entrevistados, donde la mayoría refirió tener presión alta (hipertensión arterial) (27,8 %) y diabetes mellitus (15,7 %). Entre las otras enfermedades que citaron están colesterol, degenerativas y depresión (ver Tabla 24).

Se observa una salud centrada en enfermedades crónicas, no transmisibles, que se pueden prevenir con educación y prácticas de vida saludables como ejercicio, alimentación sana y descanso.



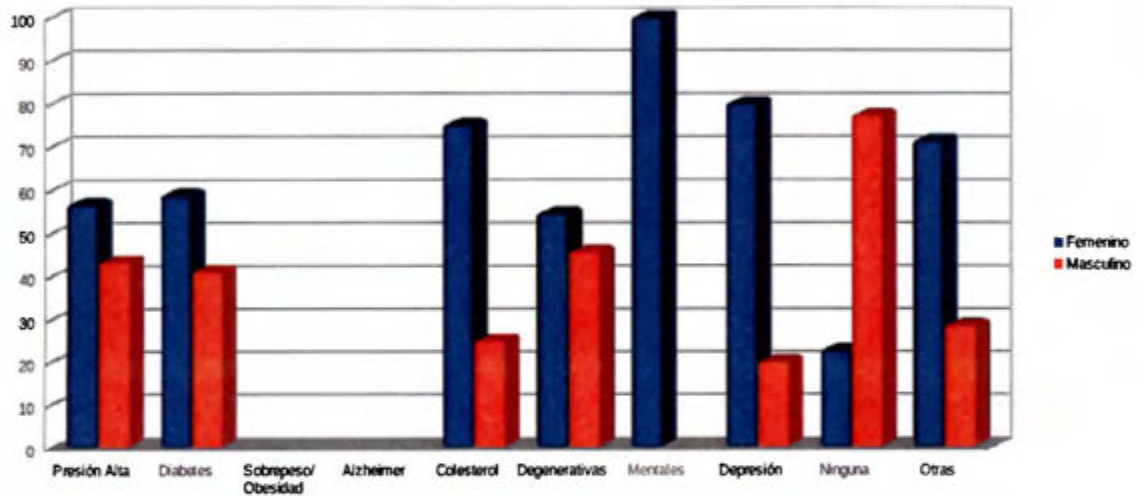
**Figura 21 Distribución de prevalencia de enfermedades presentes en los entrevistados**  
Fuente: Elaboración propia, 2018.

Según la distribución de la prevalencia de la enfermedad según sexo y como se puede corroborar en la Tabla 25, se presenta que las PAM que tienen hipertensión arterial (presión alta) (27,8 %) el 56,7 % son mujeres y el 43,3 % hombres. De las que padecen diabetes mellitus (15,7 %), el 58,8 % son mujeres y solo el 41,2 % hombres. El colesterol alto lo tienen el 11,1 % de la muestra consultada, de la cual el 75 % corresponde a mujeres y un 25 % a hombres (ver Tabla 25).



En la Figura 22 se puede observar que el total de enfermedades mentales autorreportadas corresponde a mujeres y que además presentan mayores niveles de colesterol, diabetes, presión alta, depresión. El hombre en menor porcentaje padece enfermedades degenerativas, hipertensión arterial, y diabetes mellitus.

Es claro que la mujer por su rol social, educativo y laboral que desarrolla se enferma más frecuentemente. Además, se aprecia un perfil de sobrepeso/obesidad en cero, lo que demuestra el trabajo eficiente del Area de Salud en la zona con programas de actividad física y nutrición.



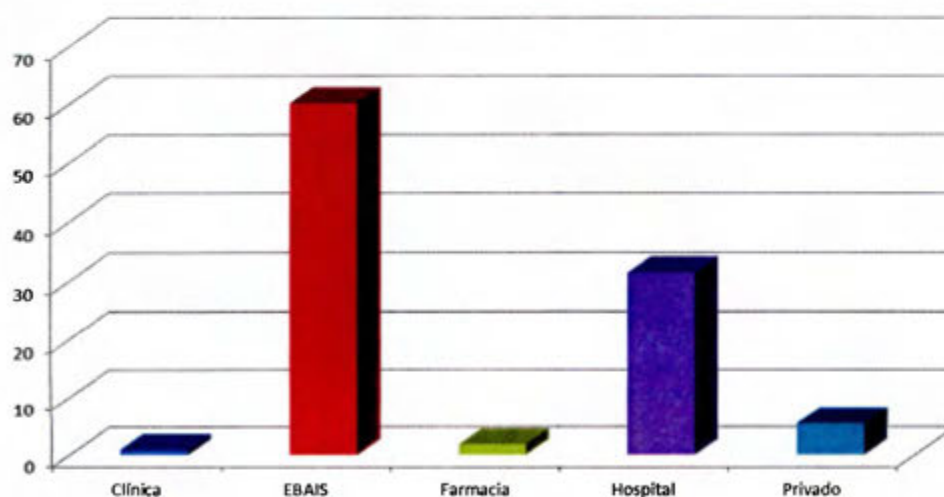
**Figura 22 Distribución de prevalencia de enfermedades en los entrevistados según sexo**

Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Lugar de asistencia a control de la salud

Es interesante señalar que aunque la medicina privada cuenta con una oferta cada vez mayor en la zona, las personas siguen asistiendo a los servicios de salud públicos y un porcentaje muy alto acude al primer nivel de atención. Si se relaciona este dato con el hecho de que la población entrevistada posee muy buenos indicadores de salud, se podría ver que la asistencia a los servicios se deriva de tratamientos para enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, que implican seguimiento en los centros hospitalarios.

Referente a la distribución de frecuencias del centro de salud al que asiste la persona adulta mayor cuando está enfermo(a), en la Figura 23 se observa que la mayoría visita el Ebais ( $n = 65$ ; 60,2 %) y como segunda opción al hospital ( $n = 34$ ; 31,5 %). Esto indica que el servicio del primero es eficiente, puesto que la PAM presenta indicadores de buena salud. Es una oportunidad para que desde los Ebais se refuercen los principios del apoyo familiar mediante programas educativos para esta población y su familia. También significa que una buena orientación sobre el uso de los servicios de salud, mantendría la población saludable y prevenir hospitalizaciones. Otro aspecto por notar es que las PAM cuentan con excelentes servicios de salud privados, sin embargo prefieren el Ebais.

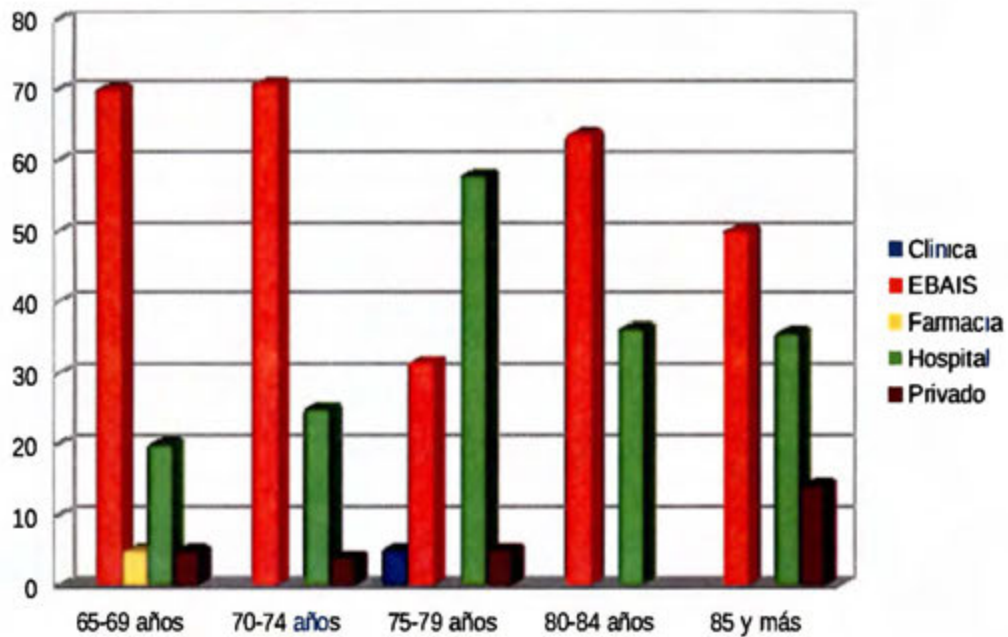


**Figura 23** Distribución de frecuencias relativas según el lugar al que asiste a control cuando se enferma

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El lugar al que asisten las personas adultas mayores según su edad es el Ebais y la farmacia, en mayor proporción los que están entre 65 y 69 años (43,1 % y 100 %, respectivamente; al hospital van los que están entre 75 y 79 años y a la consulta privada acuden los que tienen 85 años y más (33,3 %) [ver Tabla 27].

El Ebais lo visitan menos la PAM entre los 75 y 79 años y los que han presentado mejores condiciones de salud, y a la farmacia solo la visitan los que se encuentran entre los 65 y 59 años (Figura 24).



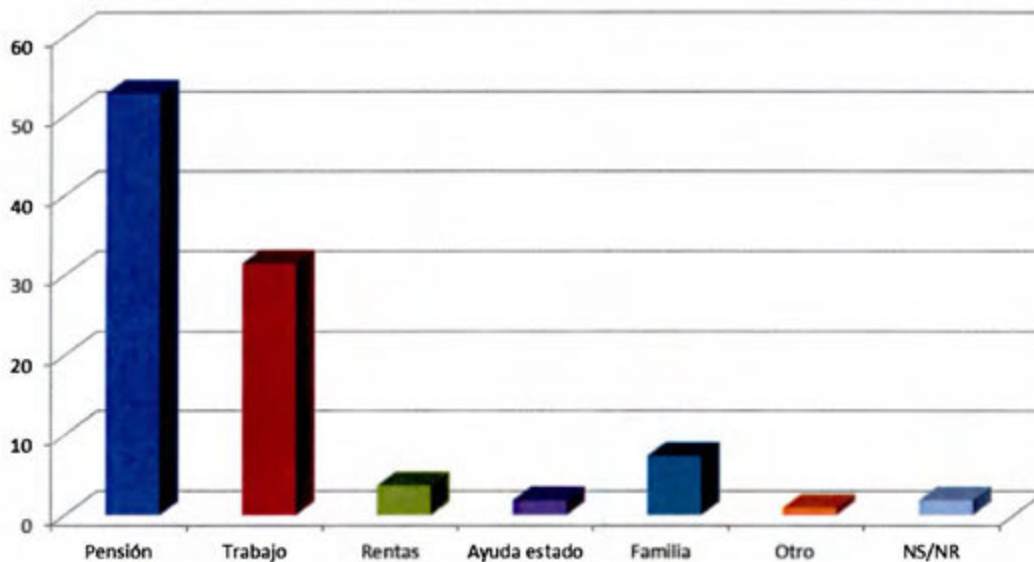
**Figura 24** Distribución de frecuencias relativas del lugar donde asiste la persona adulta mayor cuando se enferma según rango de edad

Fuente: Elaboración propia, 2018.

#### 4.1.2 Caracterización del apoyo familiar

##### Origen de ingresos de la familia de la persona adulta mayor

La distribución de frecuencias según el origen de los ingresos familiares revela que el 52,8% (n=57) contestó que estos provienen de la pensión de la PAM que «vive en casa» y otro 31,5 % (n=34) que son producto del trabajo de los miembros de la familia y un menor aporte de otros familiares (Figura 25). Significa que, por el ingreso económico de su pensión, las familias también se benefician al tener una persona adulta mayor que «vive en casa».



**Figura 25** Distribución de frecuencias relativas según el origen de los ingresos de la familia

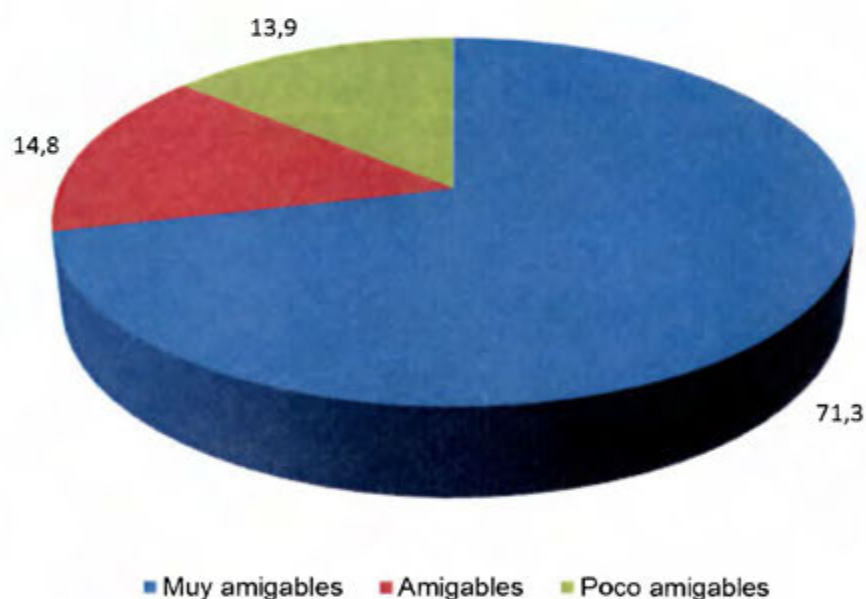
Fuente:Elaboracion propia, 2018.

### Relaciones de la familia con la persona adulta mayor

En la Figura 26 se muestra la distribución frecuencias según el tipo de relación que tiene la familia con la persona adulta mayor, la mayoría considera es muy amigable (n = 77; 71,3 %), 15 % amigable y 14 % poco amigables (ver Tabla 29).

Un 14 % de familias no se relacionan armoniosamente con la PAM, lo cual es preocupante, ya que esta se encuentra en riesgo.

Para sanar estos vacíos de apoyo a la PAM, urge que el ente rector cree políticas y ordene su implementación, así se protegen sus derechos y se prevee el maltrato y la violencia que afecta esta población. Es prioridad educar y apoyar estas familias que muestran la incapacidad para mantener un ambiente positivo en el hogar donde vive una persona adulta mayor.

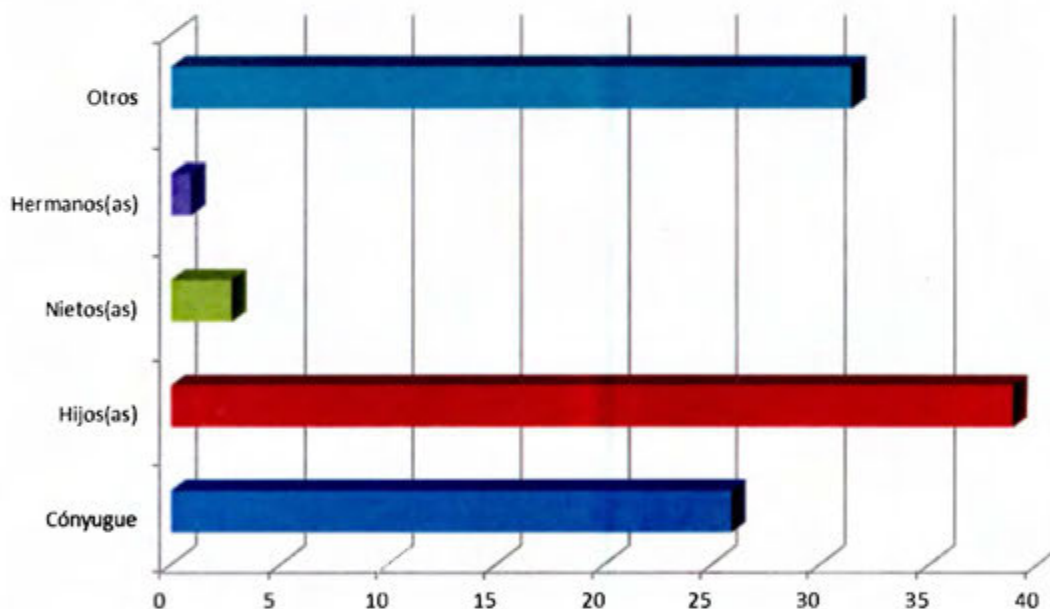


**Figura 26** Distribución de frecuencias porcentuales según relaciones entre la familia y el adulto mayor

Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Persona proveedora de las necesidades de la persona adulta mayor

En relación con la persona que suple las necesidades materiales a la persona adulta mayor, los(as) hijos(as) y el(la) cónyuge son los principales proveedores, con el 38,9% y 25,9%, respectivamente (ver Tabla 30). También, como refleja la Figura 27 otras personas o instituciones participan en ello, demostrando que aunque se da apoyo de otros tipos en abundancia, el factor económico golpea la familia costarricense para poder atender todas sus carencias. De ahí que se debe generar una política pública que asegure ingresos suficientes a la PAM para cubrir sus necesidades materiales, ya que circunstancias como el desempleo, la inflación, el aumento del costo de la vida y del pago de servicios reducen el presupuesto familiar y, por ende, el apoyo económico a este grupo.



**Figura 27 Distribución de frecuencias relativas según la persona proveedora de las necesidades materiales**

Fuente:Elaboración propia, 2018.

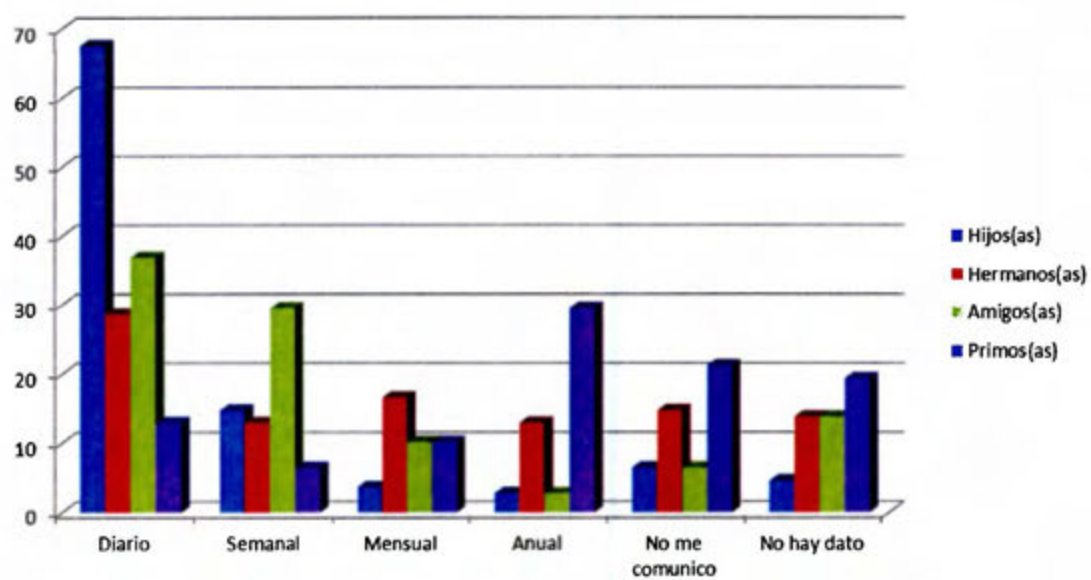
### **Escala de fortaleza del apoyo familiar: comunicación de la persona adulta mayor con familiares y amigos**

Utilizada por Puga et al. (2007), esta escala contribuye ampliamente al objetivo de analizar el apoyo familiar desde varias categorías, entre ellas la de frecuencia de contacto o comunicación de los miembros de la familia con la PAM. Su función fue importante porque midió desde la comunicación, la fortaleza o influencia del apoyo familiar en la salud hasta su calidad de vida.

Respecto de la distribución según la frecuencia de comunicación de la persona adulta mayor con familiares y amigos, en la Figura 28 se observa que la mayoría indicó comunicarse cada día con sus hijos(as) (n=73; 67,6%), de forma semanal con amigos(as) (n=32; 29,6%), mensualmente con hermanos(as) (n=18, 16,7%) y de manera anual con primos(as) (n=32; 29,6%) [ver Tabla 31].

No cabe duda que existen PAM que no se comunican con los(as) hijos(as), un 6,5 %, el mismo porcentaje de los no asegurados y muy cerca al de los que no asistieron en ningún momento a la escuela. También, un 14 % no se comunica con los(as) hermanos(as), y en igual porcentaje se comunican con amigos.

¿Qué le puede suceder a una PAM que ha roto relaciones con su núcleo familiar, amigos y hermanos, de quiénes recibe el apoyo en crisis, enfermedades o necesidades? Es importante valorar en los perfiles de salud no solo la condición física, sino la emocional, relacional y material de la PAM, para que se proteja socialmente en circunstancias de soledad o abandono.



**Figura 28 Distribución relativa según la frecuencia de comunicación con familiares y amigos**

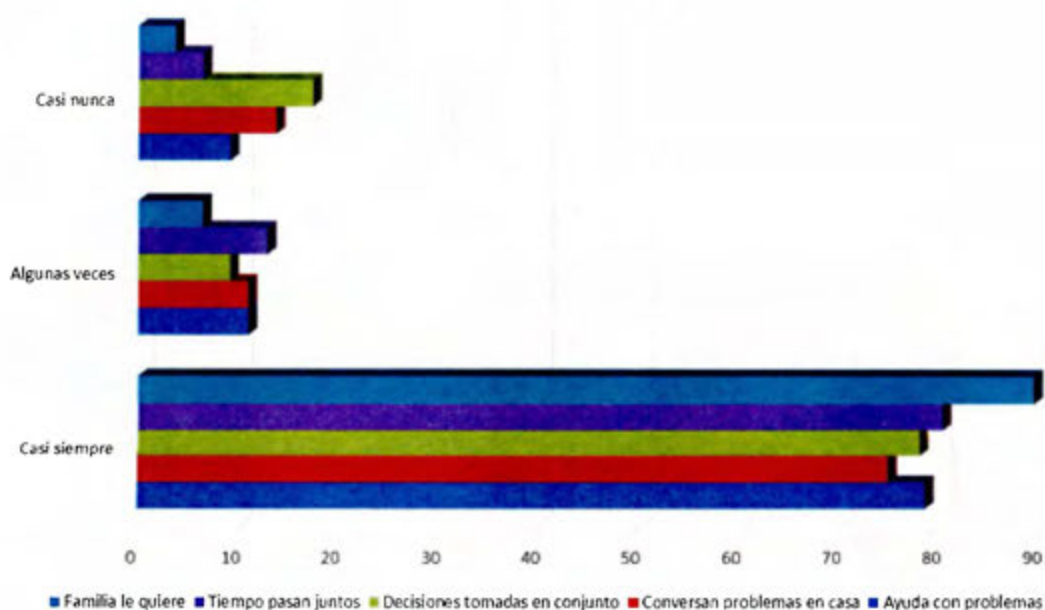
Fuente:Elaboracion propia, 2018.



## Escala Apgar

Es una escala creada para medir la funcionalidad familiar en diferentes aspectos. En la presente investigación se utilizó para medir la de la familia en el apoyo familiar que según Segarra (2017, p. 54), influye en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Se valora desde «casi siempre», «algunas veces» y «casi nunca».

En la Figura 29 de la Escala Apgar se presenta la distribución de frecuencias según las muestras de funcionalidad familiar con las personas adultas mayores, quienes manifestaron mayoritariamente que «casi siempre» sienten que la familia les quiere ( $n = 97$ ; 89,8 %), «algunas veces» pasan tiempo juntos ( $n = 14$ ; 13 %) y que «casi nunca» toman decisiones en conjunto ( $n = 19$ ; 17,6 %) [ver Tabla 32]. Merece atención el 19,17 % que afirmó que no toman decisiones juntos, coincide con el 20 % de las PAM que, según el Conapam, indicaron viven violencia y maltrato (Villalta, 2018).



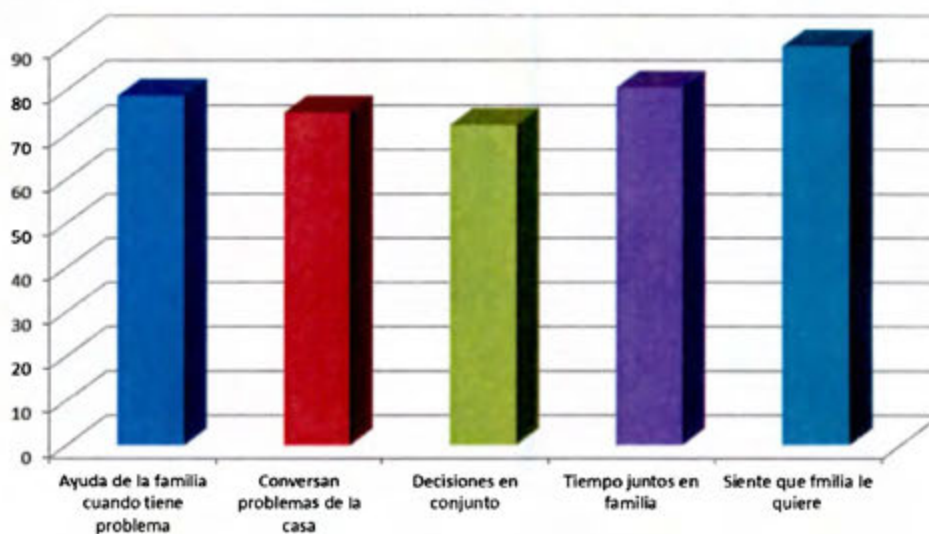
**Figura 29 Distribución de frecuencias porcentuales según función de la familia en apoyo a la persona adulta mayor**

Fuente:Elaboracion propia, 2018.

Según la Figura 30, la PAM consultada «casi siempre», el 78,7 %, recibe apoyo de la familia cuando tiene un problema, el 75 % conversa los problemas en casa, el 72,2 % toman las decisiones en conjunto, el 80,6 % recibe suficiente tiempo juntos, mientras que el 89,8 % siente que la familia le quiere.

Si se toma un promedio de las actividades y se relaciona, el global daría un 85.6 %, lo que es una nota aceptable, pero que podría mejorarse mediante procesos de capacitación que permitan tener conocimientos sobre cómo convivir adecuadamente con una PAM.

La política nacional para un envejecimiento saludable promulga muy claramente la necesidad de que las personas adultas mayores logren envejecer en casa, pero para lograrlo se hace necesario que los diferentes escenarios de acción de este grupo etario cuenten con las capacidades para su atención. Esto aunado con la conformación de redes de apoyo y grupos consolidados para que el entorno de las PAM sean amigables.

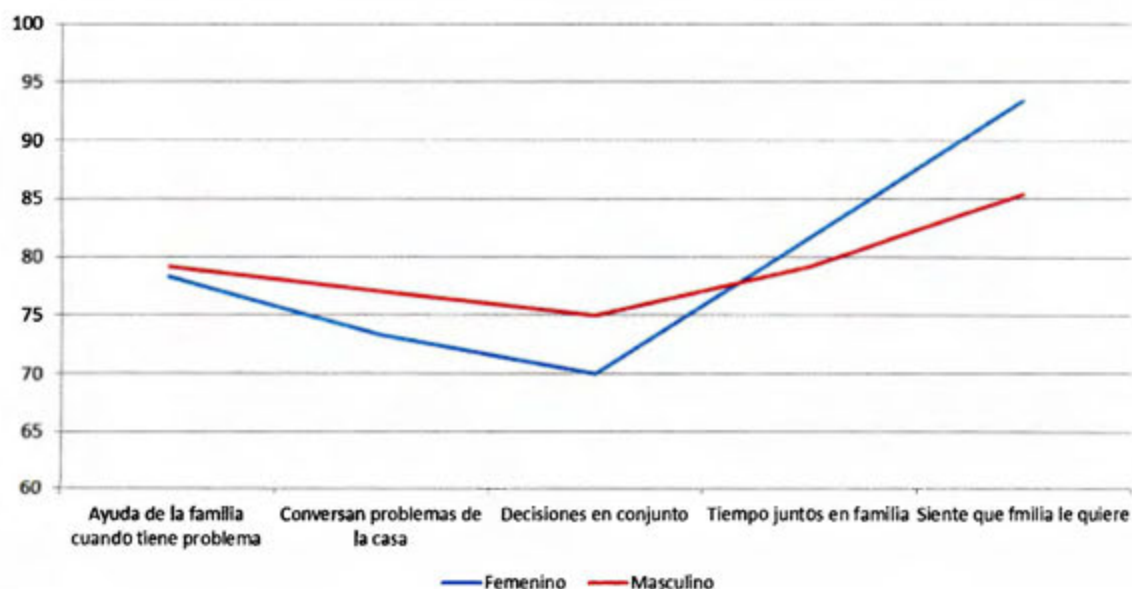


**Figura 30 Distribución de frecuencias porcentuales de la función familiar en el apoyo a la persona adulta mayor, según la percepción positiva «casi siempre»**  
Fuente:Elaboración propia,2018.

En la Figura 31 se advierte que de las PAM consultadas respondieron que «casi siempre» reciben ayuda de la familia cuando hay problemas, un 78,3 % mujer y un 79,2 % hombre.

En la conversación de problemas en casa la PAM manifestó que «casi siempre» lo recibe, un 77,1 % el hombre y un 73,3 % la mujer. En «siente que la familia le quiere», contestó que «casi siempre» le quieren un 93,3 % la mujer y un 85,4 % el hombre (ver Tabla 34).

Resulta interesante que, aunque parece que las mujeres cuentan con mejores números que los varones, en este caso, al promediar la diferencia, es muy leve, 79,32 % de los varones, y en las mujeres un 79%, sin embargo, ellos sienten ser más tomados en cuenta cuando se conversa sobre los problemas y se toman decisiones en conjunto. Esto muestra el liderazgo e influencia cultural que mantiene el hombre en las relaciones, de manera que toma decisiones, pero acepta que recibe menos afecto, lo que se acerca a la visión cultural de género en este contexto.



**Figura 31** Distribución de frecuencias relativas de la función familiar en apoyo a la persona adulta mayor, según la percepción positiva «casi siempre» y sexo  
Fuente: Elaboración propia, 2018.

### Escala de satisfacción de la vida

Se usó para medir la percepción personal de satisfacción de la vida con cinco afirmaciones y midiendo tres dimensiones de funcionamiento: mental, social, y físico. Correspondió esta al objetivo dos que caracterizó el apoyo familiar no solo por preguntas específicas, sino de entrada y cumplió una función diagnóstica antes de que se profundizara en la entrevista, obteniendo la percepción que tenía la persona adulta mayor de su vida, la construcción de relaciones familiares y lo que había logrado a través del tiempo.

En la Figura 32 se visualiza la distribución de frecuencias para la interrogante «el tipo de vida que llevo es el que siempre soñé», la mayoría de los participantes respondió estar totalmente de acuerdo (n = 51; 47,2 %). Si se totalizan los porcentajes de «en desacuerdo», se observa que un 21,3 % se acogió a tal afirmación.

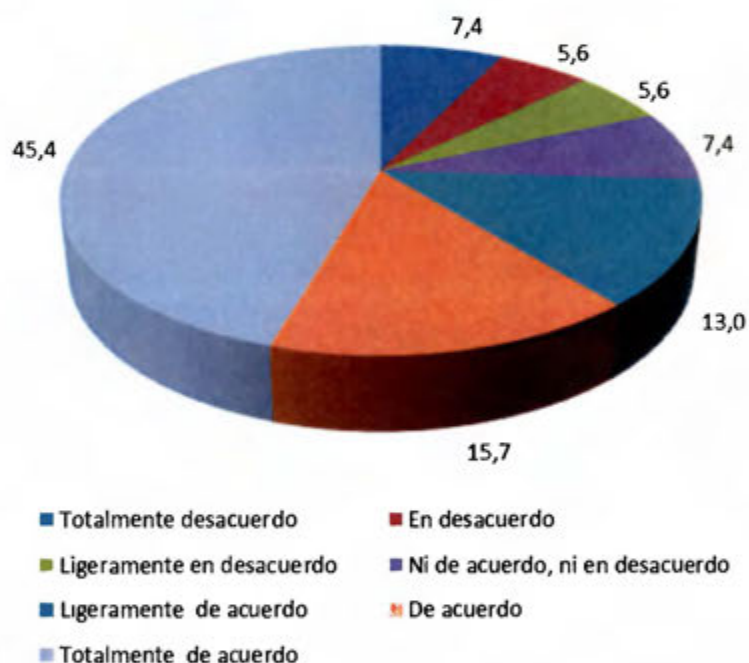
Vale revisar si realmente el Estado provee las condiciones para que la PAM experimente un envejecimiento saludable en su adultez mayor. El estudio demuestra que, aunque las condiciones de salud son positivas y las relaciones amigables, existe un rezago en esta población mayor que no llena sus expectativas y necesidades, que desde la política pública se requiere para una vida satisfactoria.



**Figura 32** Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «El tipo de vida que llevo es el que siempre soñé»

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En cuanto a la pregunta «Las condiciones de mi vida son excelentes», la mayoría de los participantes respondió estar totalmente de acuerdo con esta interrogante (n = 49; 45,4 %). La Figura 33 presenta un total de 26 % de PAM que no están de acuerdo con esa afirmación, ya que consideran que sus condiciones de vida no son completamente buenas. Ese desacuerdo es considerable, por lo que es tarea del ente rector, mediante una política pública, mejorarlas para darles mejor calidad de vida.

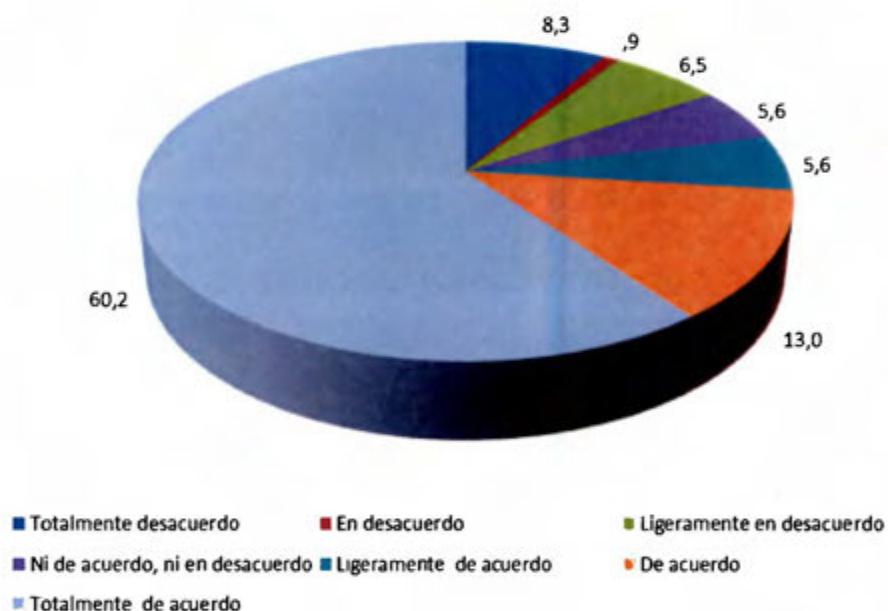


**Figura 33 Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «Las condiciones de mi vida son excelentes»**

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La muestra de frecuencias para la afirmación: «Estoy satisfecho(a) con mi vida» donde la mayoría de las personas adultas mayores respondió estar totalmente de acuerdo (n = 65; 60,2 %) y al extremo del desacuerdo una población sumada de 15,8 % que no está satisfecho(a) con su vida (Figura 34).

Se tiene que las PAM que viven saludables, rodeadas de cariño familiar y que tienen sus necesidades satisfechas aprecian su satisfacción de vida en la vejez. A la vez, un grupo de PAM consultadas indicaron que al evaluar su vida no creen estar satisfechos(as), debido a vacíos en sus condiciones que no les permitió una vida placentera en la vejez.

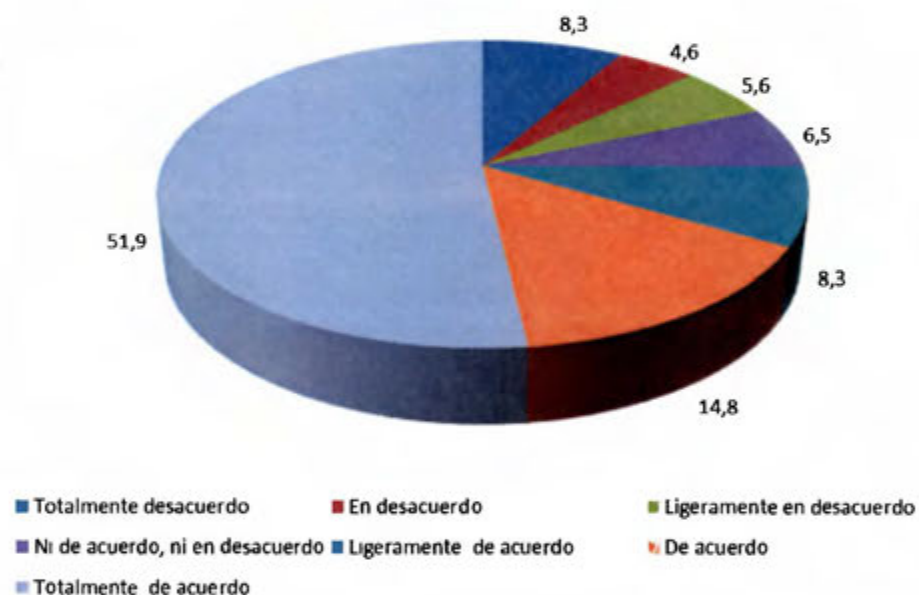


**Figura 34** Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «Estoy satisfecho(a) con mi vida».

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En la Figura 35 se muestran las frecuencias para la afirmación: «Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida», donde la mayoría de las personas adultas mayores entrevistadas opinaron estar totalmente de acuerdo con esta interrogante (n = 56; 51,9 %).

También, un 18,5 % en desacuerdo no han logrado las metas importantes que esperaban (ver Tabla 38). Ello provoca insatisfacción de las vivencias que ha experimentado, con porcentajes similares en desacuerdo en las anteriores afirmaciones, lo que se presume que cerca de una de cada cinco personas PAM consultadas se sienten insatisfechos(as) con sus logros.

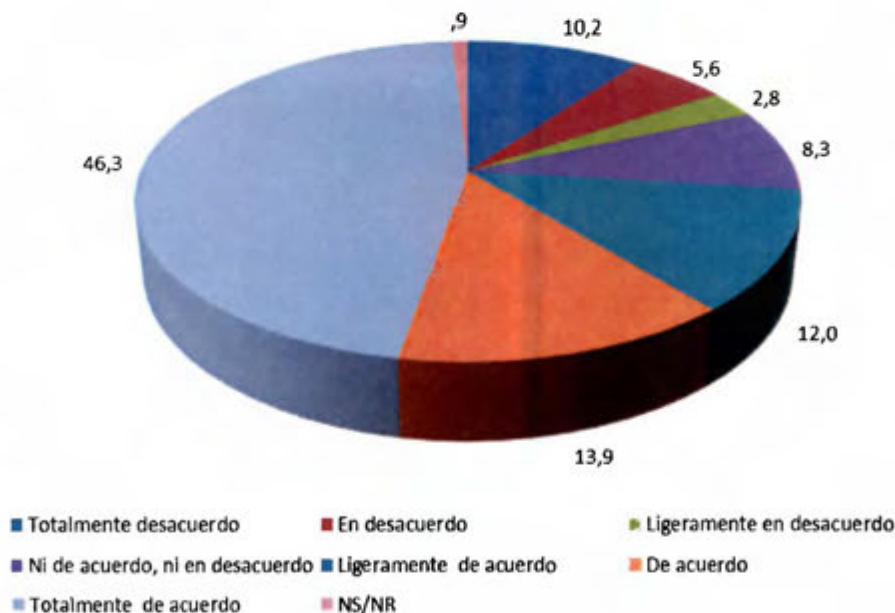


**Figura 35 Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida»**  
Fuente: Elaboración propia , 2018.

Para la afirmación: «Si tuviera que vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviese a ser igual», la Figura 36 muestra que la mayoría de los participantes indicó estar totalmente de acuerdo (n = 50; 46,3 %). Un 13,9 % de acuerdo y un 12 % ligeramente de acuerdo.

Si una PAM respondió que le gustaría vivir de nuevo la misma vida si pudiera es porque sus expectativas de la vida se cumplieron y se siente realizado(a). Por el contrario, un 16,7 % no lo considera así, revelando que hay logros que aún no alcanzan.

Una política pública que le permita a la PAM continuar la búsqueda de sus logros o sueños puede ayudar a que tenga propósito por la vida, motivación y su ánimo se active, esperando ver hecho realidad sus sueños, lo que le produce mejor salud mental y satisfacción de vida.

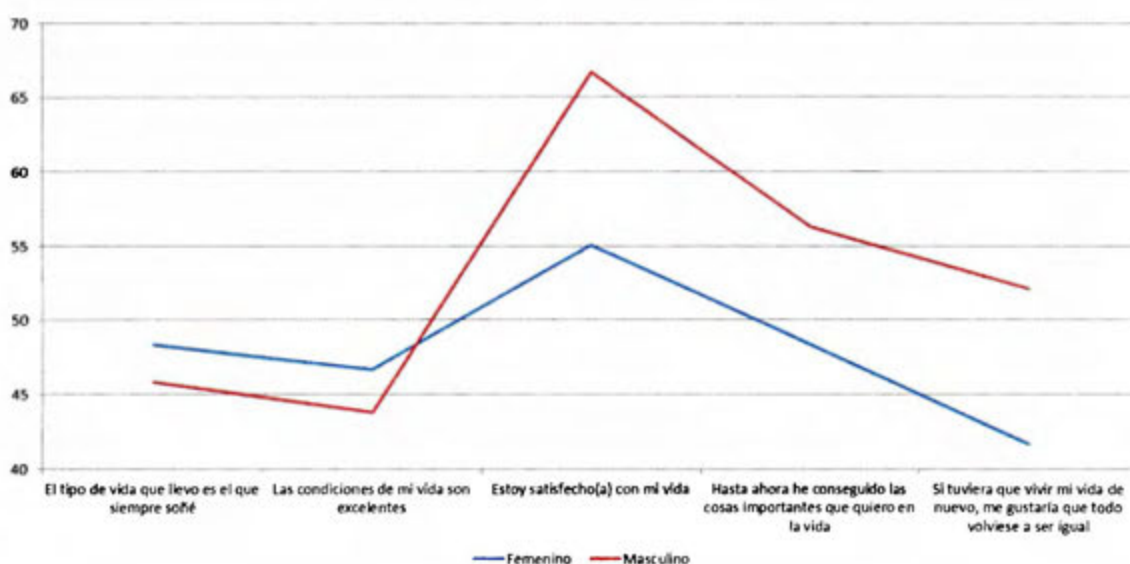


**Figura 36 Distribución de frecuencias relativas a la afirmación: «Si tuviera que vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviese a ser igual»**

Fuente: Elaboración propia, 2018.



En las curvas de la Figura 37 se muestra una diferencia considerable entre la satisfacción de vida del hombre con respecto a la mujer. El hombre está más satisfecho con la vida, ha conseguido más logros y le gustaría vivir igual su vida si pudiera. Con respecto a la mujer, está más satisfecha con la vida que lleva y considera excelentes sus condiciones. Esta figura presenta un resumen de las experiencias de género diferentes, donde notablemente el hombre ha tenido más ventajas. Una política pública desde el ente rector debe equilibrar esta realidad, permitiendo que la PAM participe en sus decisiones sobre temas que le afecten con tal de que ese equilibrio se dé en igualdad de condiciones.



**Figura 37 Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según la percepción más alta de la escala 7 para «totalmente de acuerdo» y sexo de la persona adulta mayor**

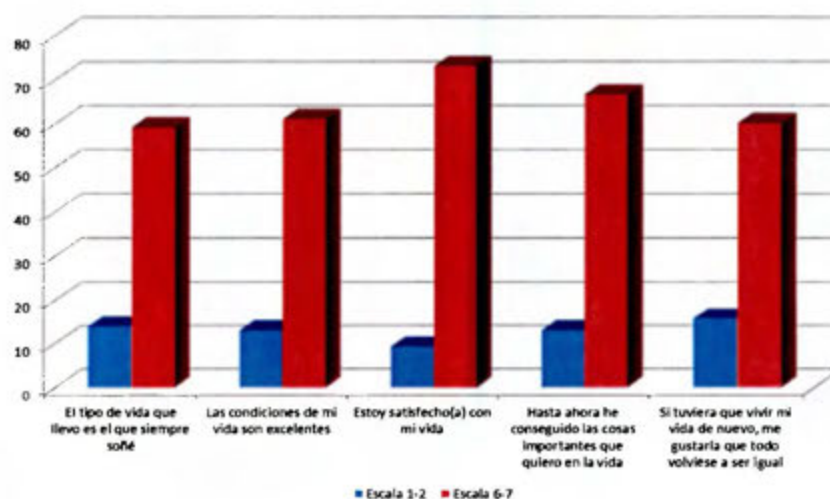
Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los resultados de los valores máximos y mínimos (7-1) de la Escala de Satisfacción de la Vida se presentan en las siguientes afirmaciones (Figura 38):

«Estoy satisfecho con mi vida», el mínimo fue de 9,3 % y el máximo 73,1 %. En la pregunta «Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida», obtuvo valores de 13 % en el mínimo y 66,7 % en el máximo, mientras que en la afirmación «Las condiciones de mi vida son excelentes» se alcanzó el mínimo de 13 % y un máximo de 61,1 % (ver Tabla 41) .

Existe una distancia bastante notable entre los máximos y mínimos, donde se observa que es necesario que el ente rector cree políticas públicas más justas, donde las inequidades se reduzcan y las condiciones financieras se ajusten a los gastos que demanda cada familia que tiene una PAM «envejeciendo en casa».

Se notan extremos en los cuidados y condiciones de vida: las excelentes, donde se tienen satisfechas casi todas las necesidades de la PAM, y otras con carencias en las áreas sociales, emocionales y económicas. Las familias manifestaron su voluntad para darles un apoyo familiar más efectivo, pero reconocen vacíos que urge que se llenen con la intervención del ente rector a través de políticas públicas que fortalezcan las relaciones internas de los hogares con iniciativas educativas, redes, alianzas y participación de todos.

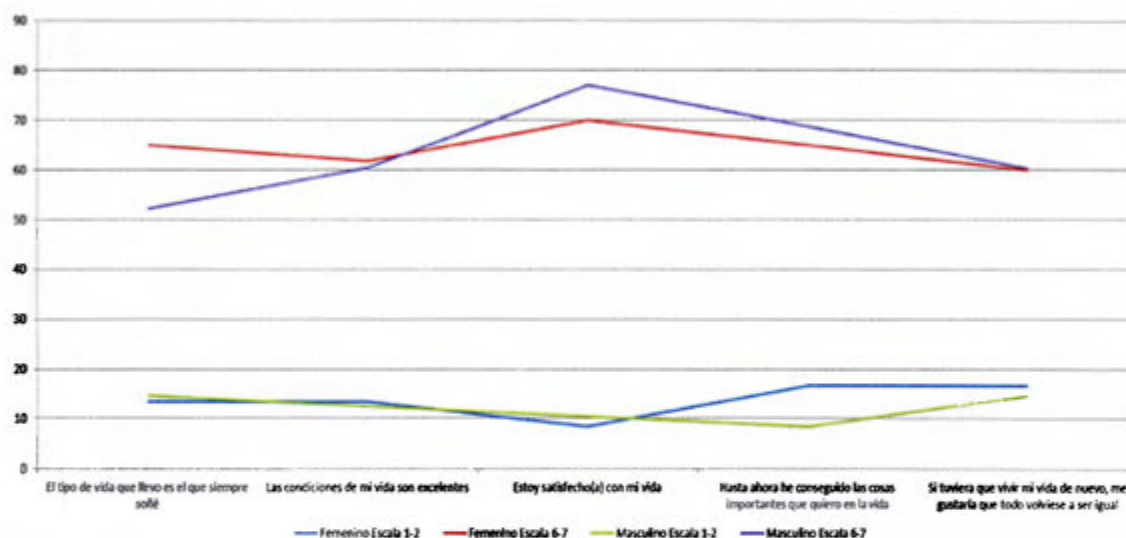


**Figura 38** Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según contraste de valores mínimos (1 y 2) frente a valores máximos (6 y 7)

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En la Figura 39 se observa la satisfacción de vida de la PAM consultada por sexo.

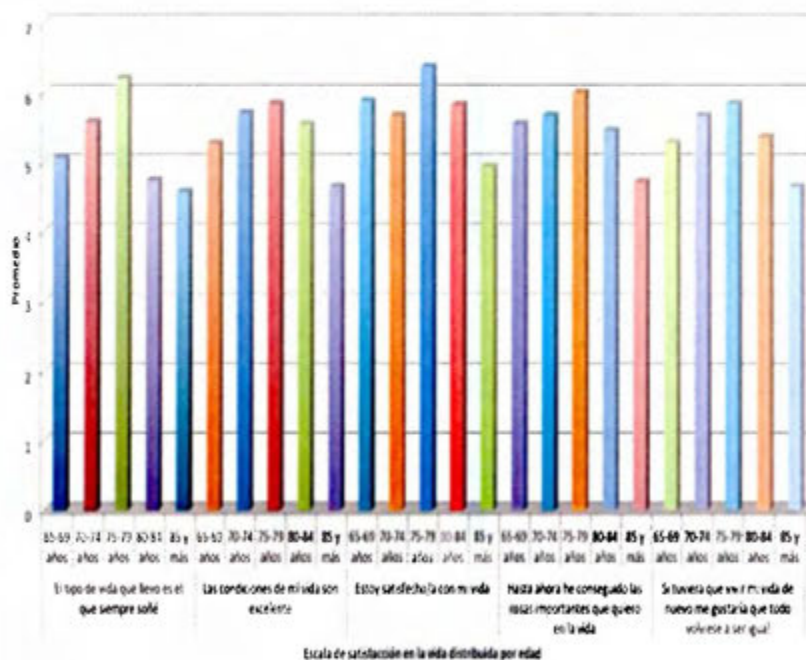
En los valores más altos el hombre tiene más satisfacción de vida, excepto en la afirmación «el tipo de vida que llevo es el que siempre soñé» en la que la mujer se siente más satisfecha. Con respecto a los valores mínimos se aprecia una satisfacción de vida negativa muy similar en hombres y mujeres. O sea, que las condiciones difíciles de vida adulta afecta por igual a hombres y mujeres.



**Figura 39** Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según contraste de valores más bajos (1 y 2) frente a valores máximos (6 y 7) y sexo  
Fuente: Elaboración propia, 2018.

La Escala de Satisfacción de la Vida se valora en una escala de 1 a 7 desde totalmente de acuerdo (7) como la mayor, a totalmente en desacuerdo (1) como la menor a cinco afirmaciones, para medir la percepción de vida de la persona adulta mayor de la zona investigada. Se elaboró un promedio de respuestas de acuerdo con los rangos de edad por afirmación y se obtuvo así la percepción de vida por rango de edad (Figura 40).

Por rango de edad de la persona adulta mayor se tiene que, de acuerdo con la Tabla 41, el de 75 a 79 años fue el más alto puntaje que se presentó en todas las afirmaciones consultadas y que manifestaron mayor satisfacción de vida. Los valores más altos se encuentran en la afirmación «estoy satisfecha(o) con mi vida», donde el rango de edad que tiene valor más alto es el de 75 a 79 años. También, la aseveración «el tipo de vida que llevo es el que soñé», alcanzó el mayor valor del rango de 75 a 79 años (ver Tabla 43). En todas sus características de la PAM, el rango de 75 a 79 presentó los mejores niveles de educación, las mujeres alcanzaron los mayores logros y donde se nota que sus condiciones de salud y vida son plenas.



**Figura 40** Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según promedio de valores de respuesta por rango de edad

Fuente: Elaboración propia, 2018.

### 4.1.3 Resultados de entrevista a personas adultas mayores y sus familias

La entrevista se realizó a 10 personas adultas mayores y a 10 miembros de sus familias de manera independiente y confidencial, se le aplicaron seis preguntas y siete, respectivamente, con el fin de obtener la opinión de ambas partes y tomarlas en cuenta en la propuesta que se construyó para el Área de Rectora de Salud de Escazú. Las PAM entrevistadas y sus familias, de la muestra que respondió la encuesta, se seleccionaron a conveniencia. Principalmente tomando en cuenta la voluntad para participar confidencial e independientemente en la entrevista.

#### a. Entrevista a la persona adulta

##### *E-1 ¿Ha recibido apoyo de la familia en su vejez?*

De las diez personas adultas mayores entrevistadas, afirmaron recibir apoyo familiar, emocional, económico y en tareas o mandados como lo afirmó PAM-3 «sí, emocional, económico, en tareas, mandados», y algunas personas entrevistadas que no lo reciben, porque no lo necesitan, porque son muy independientes y otras expresaron: «no, más bien cuido a mi mamá de 99 años» (PAM-6), porque eran cuidadoras de personas adultas mayores, y el trabajo le extenua físicamente; atención que se debe brindar de por sí al cuidador que se le recargan las tareas, y que se queja en necesitar ayuda instrumental y atención emocional, esto especialmente en mujeres que son las cuidadoras más frecuentes, aun en la vejez, mostrando en su mayoría este servicio con enfoque de género.

El tema del *burnout* ha cobrado relevancia en el sentido de que muchos cuidadores no cuentan con los conocimientos necesarios para el manejo y atención de personas que requieren de cuidado y atención especial como puede ser el caso de personas que cuidan a otros. En cuanto a las personas adultas mayores, la situación se puede agravar cuando el cuidador también es una persona que requiere de este tipo de atención.

Es importante enfatizar lo señalado por Crespo y López (2007)

Aunque el perfil de los cuidadores es muy variado, por lo general se trata de familiares (especialmente los más cercanos esposos e hijos principalmente-, y en particular cuando la dependencia se hace más severa), que se hacen cargo de una gran cantidad de tareas y que hacen un uso escaso de los servicios de apoyo formal, lo que les pone en una situación de alta vulnerabilidad. El asumir el papel de cuidador constituye, pues, una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales (p. 13).

Lo que demanda, urgente, una política reguladora que venga del ente rector, que proteja al cuidador, para que este dé mejor atención a la PAM y desarrolle su autocuidado brindando atención oportuna tanto para cuidadores como para cuidados.

#### *E-2 ¿Siente satisfechas sus necesidades?*

De las personas adultas mayores entrevistadas, ocho de ellas manifestaron tener satisfechas sus necesidades, pero se encontró que dos respondieron no. Una de ellas contesta el «no» solamente, mientras la otra contestó: «No, estoy enferma, cansada, sin casa, sin salario, sin esperanza» (PAM-6), comentario que estremece, mientras sus ojos se llenan de lágrimas.

#### *E-3 ¿Qué tan importante es el apoyo familiar en la vejez?*

De las entrevistadas, el 100 % está de acuerdo en la importancia del apoyo familiar en el aspecto emocional, autoestima, sentirse mejor y el valor que se le da al sentirse querido y respetado como lo expresó la PAM-5: «Muy importante. Se siente mejor, comparten, se siente bien tratada, valorada, para la autoestima, salud emocional, psicológica».

Otras personas adultas mayores manifestaron su influencia en la salud, menos hospitalizaciones y tranquilidad el sentirse abrigado por el cuidado familiar, por ejemplo opinaron: «Muy importante, da tranquilidad, salud, aprecio por la vida, menos hospitalización» (PAM-6) o «Da la calidad de vida y sentirse seguro» (PAM-7) y «Muy importante porque ayuda la persona adulta mayor a darle sentido a la vida y

sentirse segura» (PAM-10), lo que describe la necesidad de la PAM de sentirse segura, de contar con un núcleo familiar que en el momento que lo necesite esté presente.

*E-4 ¿Qué considera que se puede hacer para fortalecer el apoyo familiar?*

De las personas entrevistadas, nueve opinaron sobre procesos educativos como concientización, educación, capacitación, por ejemplo:

«Concientización del núcleo familiar y sociedad. Hay mucha ignorancia sobre este proceso. Capacitar a la familia, formación en casa» (PAM-2) o «tendría que educarse la gente de la familia, los niños, los trabajadores, fijar un mediador de la salud para las familias» (PAM-6); expresiones que desde su propia experiencia sugieren que se incluya la educación en el escenario familiar, los(as) niños(as), el laboral con los «trabajadores» y, además, se mencionaron mediadores del Sistema de Salud para las familias en conflicto, la educación y el trabajo.

También sugirieron «Concientizar a toda la familia, capacitar la familia para entender esta etapa donde los miembros de la familia están cambiando, respaldo con políticas desde las instituciones, promoviéndolo e incluir el apoyo familiar a la PAM en todas las actividades» (PAM-10). Asimismo, se debe iniciar un procedimiento social desde las políticas que concientice a la familia sobre el proceso que vive la PAM, los cambios que enfrenta y, además, la necesidad de la transversalidad en toda actividad que se organice. Esto es concordante con lo establecido en la Ley de Envejecimiento Saludable que promueve el ente rector y cuenta con los lineamientos para otras instituciones que atienden este grupo de población.

*E-5 ¿Qué valores familiares se deben fortalecer en la familia?*

Entre las personas adultas mayores entrevistadas todas mencionaron el respeto, nueve el amor y ocho la solidaridad y la espiritualidad. Los más citados fueron «Respeto, solidaridad, amor, espiritualidad» (PAM-3) o «Amor, tolerancia, compromiso, espirituales, unidad, solidaridad, respeto, servicio» (PAM-10), que

enriquecen al ser humano y benefician grandemente la relación intrafamiliar con la PAM.

Desde el punto de los valores que señalaron las PAM, siempre han sido trascendentes para las sociedades, pero el respeto a los derechos humanos adquiere mayor relevancia en estos momentos como «Amor por los demás, compromiso, servir desinteresadamente, respeto a sus derechos, a sus decisiones, tolerancia» (PAM-5).

*E-6 ¿Cuáles son los beneficios del apoyo familiar a la persona adulta mayor?*

Entre los múltiples beneficios considerados por los entrevistados del apoyo familiar, mencionaron expresiones como «Sentirse mejor, apreciado, querido, aceptado, mejor salud, recibe amor, mejor autoestima, mejor calidad de vida, tranquilidad» (PAM-3) o «Mejor salud, mejor psicológicamente, paz, rodeado del amor de su familia» (PAM-4) y «Disfruta mejor la vejez, calidad de vida, mejor salud, disminuye hospitalizaciones, menor estrés, disminuyen enfermedades» (PAM-7).

Se indicaron también la salud física al bajar las hospitalizaciones y enfermedades, lo que es significativo para tomar en cuenta como afirmaron «Levanta su autoestima, se mantiene más saludable, menos hospitalizaciones, más felicidad, mayor seguridad, motivación por la vida, mayor participación en la familia, tranquilidad por estar en su hogar» (PAM-10) y «Menos hospitalizaciones, evitan los reingresos, mejor salud, largura de días, satisfacción, calidad de vida» (PAM-7), lo que indica que la persona adulta mayor es consciente de que una estancia amigable en su hogar, apoyada por el núcleo familiar, aporta múltiples beneficios en su vida, salud y estado de ánimo, elementos importantes para una excelente calidad de vida.



#### 4.1.4 Resultados de entrevista a los familiares de las personas adultas mayores

Las entrevistas realizadas a las familias de las personas adultas mayores, se aplicaron a algunos miembros mayores de edad que voluntariamente aceptaron participar.

##### *E-7 ¿Qué hace la familia para brindar apoyo familiar a la persona adulta mayor?*

Las familias expresaron apoyo a las personas adultas mayores de diferentes maneras, pero mencionaron la inclusión en sus actividades, respeto a sus decisiones y opiniones tales como «Incluirlo en actividades, en toma de decisiones, respetar sus opiniones» (FAM-4) o «Ayudarlo en las tareas, ponerse de acuerdo toda la familia, organizar el tiempo, económico, medicinas y tiempo» (FAM-5); también, «Cuidado y acompañamiento, organizarse en las tareas, sacarle citas, comprar pañales, compra de medicamentos, buscar conocidos que le ayuden» (FAM-7), y el complemento perfecto para motivarles a vivir, que encierra las demás acciones como es «Acompañarles y darles amor» (FAM-9).

##### *E-8 ¿Qué limitaciones tiene la familia para apoyar a las personas adultas mayores?*

Entre las limitaciones expresaron el necesario abandono laboral que un miembro de la familia debe hacer para velar por la PAM en su hogar, el tiempo que no les alcanza para atender todas sus tareas, el agotamiento familiar por el trabajo, la falta de compromiso de algunos parientes, los conflictos de familia que surgen al momento de asumir compromisos económicos, de tiempo o trabajo para ayudar al cuidado de esta persona en la casa.

Un aspecto reiterativo es la poca capacitación que tiene la familia para enfrentar los cambios de la PAM y el desconocimiento de cómo gestionar el apoyo familiar equilibrado y comprometido de sus miembros.

Entre sus limitaciones están «Abandono laboral, tiempo, acuerdo familiar, falta compañerismo, agotamiento familiar» (FAM-2), «Conflictos familiares, distancia,

tiempo, falta de organización familiar, falta de amor, falta de compromiso, falta de conocimiento» (FAM-6) y «Falta valores familiares, abandono a la PAM, falta tiempo, falta de recursos económicos» (FAM-9). Solamente una familia manifestó no tener limitaciones para brindar apoyo familiar a la persona adulta mayor.

*E-9 ¿Qué acciones pueden fortalecer la relación amigable de la familia con la persona adulta mayor?*

Las familias opinaron «Educación a niños y niñas, reuniones familiares, capacitación, concientización, ejemplo» (FAM-9), «Concientizar las niñas y los niños, estimular afecto y cercanía familiar, hacer reuniones familiares, capacitación y unidad familiar»(FAM-7), «Educación, concientización, todos debemos cuidarnos, la vejez es parte de la vida» (FAM-2) y, finalmente, «Acuerdo, organizarse en familia, protegerle los bienes, educación a la familia» (FAM-5); manifestaciones que se dirigen a la educación desde la niñez, a la familia, la concientización, el acuerdo, la organización, capacitación familiar y estímulo al afecto familiar.

Solamente una familia de las entrevistadas respondió que «No hay nada que hacer, no hay amor en las familias» (FAM-8), expresando su percepción sobre la participación de la familia en el apoyo a la PAM, lo que refleja que existe un estrato de familias decepcionadas, en negación, que no creen que existan oportunidades para ser educadas, les den herramientas a sus miembros para apoyar a la PAM que «envejece en casa» y se cultive el afecto familiar, elemento esencial para dar sentido a la vida de la PAM.

Por este tipo de expresiones es que el ente rector debe actuar urgentemente, marcando lineamientos mediante políticas públicas que fortalezcan las debilidades internas de las familias costarricenses desde una visión de la Promoción de la Salud, que prevea el riesgo de enfermedades mentales y la depresión en la PAM y el núcleo familiar, afectación que roba calidad de vida a este grupo etario en pleno crecimiento.

*E-10 ¿Le gustaría participar en capacitaciones sobre como la familia puede apoyar a la persona adulta mayor?*

A esta pregunta el 100 % opinó que sí, manifestaron la necesidad de poseer más conocimientos y habilidades para un manejo amigable del núcleo familiar con la PAM, espacio para que desde las políticas públicas se abran oportunidades que mediante estrategias de educación para la salud se empodere a la familia costarricense con capacidades para afrontar los desafíos de convivir amigablemente con la PAM y crear una cultura de principios y valores como los de la Zona Azul de Nicoya, que desde tempranas edades se entiendan los ciclos vitales de los seres humanos y se prepare a la población antes de que el aumento de personas adultas mayores sobrepase las capacidades de atención del Estado.

*E-11 ¿Ha recibido del centro de salud capacitación sobre cómo apoyar a la persona adulta mayor?*

La respuesta obtenida en la entrevista a las familias fue del 100 % negativa, lo que indica la razón de su necesidad de desarrollar actividades de capacitación que involucren los temas para un envejecimiento saludable, esto se contempla en los lineamientos de la Política Nacional para un Envejecimiento Saludable (Conapam, 2011), por lo que se hace necesario implementar acciones concretas que involucren a las personas adultas mayores y a sus familiares en programas y proyectos que les apoderen de este conocimiento y les permita ofrecer entornos favorables a la PAM «en casa».

*E-12 ¿Qué necesita la familia para apoyar a la persona adulta mayor?*

Las familias entrevistadas expresaron entre sus necesidades, algunas como «Acuerdo, organizarse, aporte económico de los familiares, espacio, movilidad, capacitación de familiares, instrucción legal, mediador de la Caja Costarricense del Seguro Social y Ministerio de Salud, cuando hay conflictos» (FAM-7), «Capacitación, concientización, tiempo, económico, paciencia, acompañamiento, hablarles,

escucharlos, compartir» (FAM-9), que menciona procesos que dependen de las familias, pero en el que el ente rector puede incidir.

*E-13 ¿Qué valores familiares se deben fortalecer en la familia para que brinde apoyo familiar a la PAM?*

Los valores que refirieron las familias en la entrevista fueron «Respeto, solidaridad, humildad, amor, espiritualidad» (FAM-3), o como lo indica «Respeto, tolerancia, amor, servicio, espirituales» (FAM-6) o «Compromiso, amor, consideración, respeto, solidaridad» (FAM-7), valores fundamentales para la sociedad que le permiten una convivencia amigable. El total de la muestra entrevistada expresó algún valor positivo para la salud de la PAM. Esto es esencial, ya que identifica a las personas y puede dar un sentido de pertenencia en el desarrollo de acciones concretas. El retomar los valores familiares desde esta perspectiva de la PAM, provee más oportunidades de que la familia se valore como grupo que puede reproducir, por ejemplo, respeto, solidaridad, amor, para las generaciones jóvenes, aportándose una cultura de paz que debilite la violencia y el maltrato a la persona adulta mayor y aprenda a vivir en unidad y cooperación mutua.

## **4.2 Análisis y discusión de resultados**

### **4.2.1 Características sociodemográficas de la persona adulta mayor y su familia.**

#### **Sexo**

De la población total 3 012 personas de la zona investigada se tomó una muestra de 108 personas, de las cuales se obtuvo un 55,6 % del sexo femenino y un 44,4 % del masculino.

#### **Edad**

La muestra se dividió por rangos de edad, con el fin de identificar el rango mayor presente en la investigación, siendo el de 65 a 69 años el que abarcó mayor número de personas adultas mayores (ver Figura 4). Las características físicas, psicológicas, emocionales, sociales son diferentes para cada rango de edad, de ahí la importancia de que se atiendan de acuerdo con sus características.

Sin embargo, la funcionalidad y autonomía de las personas adultas mayores son importantes para su independencia, pero no dependen directamente de la edad, pues se pueden encontrar casos de PAM de 90 años mental y físicamente funcionales como ocurre en la Zona Azul de Nicoya y otros con rangos de edad menores, pero con dificultades para ser independientes.

En la Figura 5 se establece una relación sexo-edad en la que se obtiene una mayor cantidad de mujeres en el rango de 75 a 79 años y en hombres de 65 a 69, diferencias que se deben tomar en cuenta en los programas y proyectos del Estado para suplir los recursos necesarios que atiendan las necesidades de estos grupos de edad, considerando también características como sexo, edad, independencia y otros.

Según Castañeda (2018), en su análisis de la diferencia de la salud entre ambos sexos, influye la longevidad de la mujer, esto dándole un enfoque de género:

El género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino, sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los

valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres (p. 1).

Además, agrega que debido al rol social que desempeña la mujer, es determinado culturalmente como

la distribución de las tareas dentro del hogar, el acceso al poder y los recursos de hombres y mujeres en la vida doméstica, así como las posibilidades de superación, la realización de actividades laborales y comunitarias son el resultado de la organización familiar establecida, como reflejo de la organización de la comunidad a la que pertenecen.

El estado de salud diferenciado entre las féminas y los varones es un producto de dicha organización social (Castañeda, 2018, Introduc., párr. 15)

Asimismo, afirma que debido a la maternidad, y a que se enferma más frecuentemente, recibe más atención en salud que el varón, sumado eso a que «las mujeres son más receptivas, escuchan más detenidamente a los pacientes, que se sienten más ayudados y comprendidos que cuando son atendidos por hombres» (Castañeda, 2018, Género y Salud, párr. 17).

También un estudio realizado en Costa Rica sobre la salud de las mujeres desde la perspectiva de género (OPS, 2005) reveló que debido al rol social de género de la mujer, sufre y afecta más su salud, lo que le permite recibir más atención médica y tratamiento de sus enfermedades, esto en contraposición al varón que se acerca menos a chequear su salud, ingiere más alcohol, es fumador frecuente y tiene una mayor exposición a los accidentes de tránsito, con lo que se aumenta su mortalidad y, consecuentemente, produce una mayor longevidad en la mujer, aunque con múltiples complicaciones de salud en su adultez mayor.

Por lo tanto, se invita al ente rector de salud a enfocar sus programas hacia la PAM de Escazú para atender diferenciadamente a la persona adulta mayor en sus condiciones de vida desde todos los escenarios.

## **Estado civil**

De la investigación se obtuvo que la mayoría de las personas adultas mayores de la zona están casados(as) [48,1 %], costumbre cultural arraigada en los valores del contexto de San Antonio de Escazú, el cual es de raíces rurales.

Eso asegura que casi la mitad de ese grupo etario puede contar con apoyo mutuo en su vejez. Además, un 25,9 % de la muestra estudiada que viuda(o), porcentaje importante para el planeamiento de programas dirigidos a esta población que requiere acompañamiento y socialización para vivir su vejez, factor que se debe tomar en cuenta en políticas de apoyo familiar para este grupo. Un tercer grupo que se presenta es el de un 17,6 % de solteros(as), el cual en su vejez mayor puede ser de apoyo a su familia o que esta, con las herramientas de capacitación necesaria, los cobije en su hogar.

## **Estado civil, edad y sexo**

Si se establece la relación de estado civil, edad y sexo de la Figura 7, se puede entender que en los rangos de 65 a 69, 70 a 74 y 75 a 80 años la mayoría de los hombres adultos mayores están casados, mientras que las mujeres en menor porcentaje en el rango de 65 a 69 años; sin embargo, en los rangos de 70 a 74, de 75 a 80 y de 80 a 85 años existe mayor cantidad de mujeres viudas. Finalmente, la proporción de hombres viudos y mujeres viudas es similar en el rango de los 85 años hacia arriba.

Según el Conapam (2017) en el año 2050 habrá un 25 % de personas adultas mayores, de las cuales un 25 % serían mujeres viudas, lo que da 325 000 en esta condición, razón suficiente para que el ente rector planifique políticas que las protejan y apoyen.

Es de suma importancia también la proyección de atención a las personas solteras y adultas mayores que en el 2050, según el Conapam (2017), podrían alcanzar 221 000 que necesitarán soporte social.

Es indispensable que el ente rector planifique a largo plazo, previendo este aumento en la población PAM, para que desde todos los sectores se les brinde la respuesta social necesaria para cuidar su calidad de vida en la vejez, asegurando un envejecimiento saludable.

### **Escolaridad**

La educación es un determinante estructural de la salud, calidad de vida y movilidad laboral (Soler & Irwin, 2007). En la Figura 8 se encuentra que el 90 % de los entrevistados asistieron a la escuela y un 10 % no, este dato es importante para conocer las oportunidades laborales que encontró y su condición financiera actual.

Entre los que asistieron, el mayor porcentaje fue un 42 % que alcanzó la primaria incompleta y una cantidad menor de un 31,5 % que la completó. Los demás porcentajes muestran baja finalización en la educación secundaria o universitaria.

Si se relacionan los rangos de edad, escolaridad y sexo, se puede notar que la mayoría de las mujeres de entre 65 y 79 años cursaron la primaria incompleta, mientras que la de 80 a 84 años superaron a los hombres con la primaria completa. Con respecto a los hombres, cursaron la primaria y secundaria incompleta los de entre los 65 y 69 años; la primaria completa los de 70 a 74 años, alcanzando en el rango de 75 a 79 años la primaria completa y en los de entre los 80 y 84 años la universitaria completa (ver Figura 9).

Es claro observar la brecha educativa entre personas adultas mayores, mujeres y hombres, evidenciando claramente efectos del determinante estructural educativo del Estado, pero también social discriminatorio que experimentaron las mujeres de este grupo etario, limitándoles su desarrollo potencial en la sociedad.

Cabe resaltar que el Estado se encuentra en deuda con la PAM y requiere crear lineamientos que protejan esta población vulnerable, proveyendo el apoyo y cuidado que en esta etapa de su vida demandan para disfrutar de una vejez satisfactoria.

Si se analizan los efectos de la discriminación en Costa Rica (OPS, 2005)



la igualdad de oportunidades, acorde con un acceso a la educación, debe vincularse a la igualdad de reconocimiento económico por el trabajo realizado. Este aspecto evidencia las condiciones de inequidad que existen en la sociedad, las mujeres se cuentan entre los grupos menos favorecidos (p. 14).

Estos siguen siendo injustos para la mujer y cuanto más para la persona adulta mayor femenina, así lo reconoce la OMS cuando se refiere a estos efectos de la discriminación expresando que

en resumen, para las mujeres existe una sumatoria de procesos desfavorables para la salud, la pobreza de los hogares con jefatura femenina aunada a su baja escolaridad, salarios más bajos por igual trabajo que los varones, predominio del trabajo en pequeñas empresas, niveles más altos de desempleo y subempleo (OPS, 2005, p. 19).

El ente rector debe considerar tales inequidades a la hora de crear estrategias que impulsen la protección y cuidado a la PAM, con el fin de eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres en este campo, se deben fomentar medidas de acción afirmativa en el marco de políticas de diferenciación hacia la igualdad.

Estas políticas tratan «desigualmente» a quienes son distintos, con el fin de disminuir las diferencias económicas, culturales, sociales y políticas entre las personas y los grupos, de manera que se logre la igualdad de derechos y beneficios de la PAM de acuerdo con sus condiciones diferentes (OPS, 2005, p. 16).

### **Condición laboral**

De las personas adultas mayores captadas en la investigación el 20,4 % manifestaron que aún laboran, el 29,6 % no se encuentra laborando y el 50 % están pensionado.

La interrogante que surge es si la pensión es suficiente para cubrir todas sus necesidades, si un 20 % labora aún es porque disfruta de funcionalidad para hacerlo o por necesidad, y si un 29,6 % no labora ¿de dónde provienen sus ingresos?. Además, tomando en cuenta el bajo nivel educativo de las PAM mujeres

especialmente ¿en qué laboran? y ¿qué oportunidades tienen de encontrar un empleo adecuado a su edad y preparación educativa?

En esta investigación no se preguntó a cuál régimen corresponde su pensión, por lo que no se pudo conocer si es suficiente para cubrir sus necesidades. Según las manifestaciones del Conapam (2016), existen personas adultas mayores en extrema pobreza y en abandono, que la pensión no les alcanza para cubrir sus necesidades, por lo que es urgente una política que estimule el apoyo familiar, para ayudarles con esta situación.

### **Ingresos**

De acuerdo con la condición laboral anterior, es importante saber de dónde provienen los ingresos de las personas adultas mayores, según la Figura 16 que presenta la relación de ingresos, condición laboral y sexo.

Se encontró que de los pensionados, los hombres son un 100 %, mientras que las mujeres un 91 %, cuya necesidad se debe gestionar para que disfruten de ese derecho que brinda el Estado.

De los que trabajan, el 84 % son hombres con ingresos propios, mientras que las mujeres solo alcanzan un 44 %, demostrando que el hombre cuenta con más herramientas y habilidades para generar recursos que las mujeres, probablemente por razones de género e inequidad de oportunidades.

De los que reciben apoyo económico por parte de familiares, el 44 % corresponde a mujeres y solo un 15 % a hombres, lo que demuestra la tendencia de los parientes a considerar en mayor vulnerabilidad a la mujer. De los que no trabajan dijeron que sus ingresos provienen del apoyo familiar en las mujeres, un 55 %, y en hombres un 44 % de apoyo familiar e ingresos propios. Lo que se nota es que el apoyo familiar para la mujer en lo económico es mayor, ya que el hombre genera más recursos propios y se le aporta menos. Entre los aspectos políticos que son importante desarrollar se identifica la necesidad de abrir más oportunidades laborales

para personas adultas mayores y de aprendizaje de labores aptas para este grupo etario, y así garantizar la no discriminación por razones de edad en el empleo.

### **Aseguramiento social**

El aseguramiento social para recibir atención en salud se encontró alta, pero no total, situación que no debería darse, ya que por ley les asiste el derecho de aseguramiento a todas las personas adultas mayores. Se encontró que un 93,5 % está asegurado, contra un 6,5 % de la muestra que no cuenta con seguro. Se hace necesario informar bien a la PAM sobre el ejercicio de sus derechos a los que es titular y guiarle en el proceso de gestión del aseguramiento, para que cuide su salud. Se deben crear políticas de educación familiar relacionadas con el soporte de gestión a los procesos de la PAM, así como de impulso al autocuidado, en la que esta asuma también su responsabilidad sobre su condición de salud.

### **Número de hijos**

La mayoría manifestó tener cinco o más hijos ( 38,9 %), cuatro (17,6 %) y tres (14,8 %). En el contexto de costumbres culturales de la época vivida por las personas adultas mayores de la zona, era absolutamente común ver familias numerosas. Lo que se analiza en este estudio es la influencia del número de hijos en relación con el apoyo familiar y calidad de vida de la PAM. Por el momento se puede afirmar que hay mayor aporte financiero a los ingresos de aquellas personas que no tienen trabajo o recursos propios por parte de los hijos. Además, se ve la necesidad de una planificación adaptada del ente rector al cambio generacional y modelos de familias verticales que se inicia en el país, el rol de estas participando en el apoyo familiar donde, de existir un núcleo familiar reducido, se hará necesario mayor educación de la población en el autocuidado.

Como lo expresa la Cepal (2005)

algunos de los cambios más importantes que afectan a la familia en los países desarrollados dicen sobre la relación con la disminución de la natalidad; el

aumento de la tasa de divorcios y de las cohabitaciones; el aumento de las madres solteras y de la madre adolescente soltera, que incide en una limitación de su propio desarrollo como mujer y en el bienestar económico, social y emocional de los niños así como en su socialización; el aumento de padres solos y de personas que viven solas; el retardo del matrimonio (p. 1).

Dichas situaciones se verán en décadas próximas y las previsiones que se deben tomar a tiempo desde el ente rector para preparar ese núcleo familiar cambiante a enfrentar la vejez con diversos e innovadores proyectos adaptados a los cambios.

### **Necesidades no satisfechas**

Según la Figura 19, el 40 % de los participantes del estudio consideró todas sus necesidades satisfechas, un 17,6 % que no tiene satisfechas sus necesidades emocionales, el 14 % opinó sobre otras necesidades sin satisfacer, un 9 % que no las materiales, mientras que un 9,3 % no las tiene en tareas y un 8,3 % las materiales.

Si un 60 % de la muestra considera tener alguna necesidad insatisfecha, es una información significativa para que las instituciones encargadas del bienestar de la PAM se dirijan en sus planes y proyectos a llenar dichas necesidades y ofrecer mayor plenitud de vida al grupo etario mayor.

Si se analizan estos resultados por sexo, se observa que los hombres manifestaron tener más necesidades satisfechas que las mujeres (52 % y 31 %, respectivamente) y que entre los que expresaron las no satisfechas fueron las mujeres que en mayor proporción indicaron las emocionales (21 %) y en las tareas (17 %), mientras que los hombres ven como no satisfechas sus necesidades materiales (14.6 %). Esta relación puede deberse a la consideración de que, en la mayoría de los casos, es la mujer la que debe retrasar sus aspiraciones para apoyar tanto las necesidades propias de la casa como las de sus familias.

Según Hernández (2001), se debe a que la mujer dedica todo su tiempo y acción al cuidado de sus hijos(as), al crecer se van del hogar dejando una gran ausencia en sus actividades y motivaciones, lo que le causa un vacío emocional real,

además de que, según la OPS (2005) y Castañeda (2018), la mujer por la maternidad y exceso de trabajo sufre de más enfermedades, lo que llega a resentir sus capacidades físicas en la adultez mayor, sintiendo más necesidad de ayuda en las tareas.

El hombre, según Hernández (2001), desempeña más funciones laborales que le permiten una pensión; sin embargo, CON el retiro laboral, conforme avanzan los años, su pensión pierde capacidad de compra, por lo que siente la necesidad de más recursos materiales.

### **Relaciones familiares**

Las relaciones entre la persona adulta mayor y su familia, según la investigación, resultaron muy amigables en un 71,3 % (n = 77) y en un 14,8 % amigables, factor determinante en el entorno familiar para sostener una sana convivencia. Así lo expresan estudios de la Zona Azul de Nicoya, Costa Rica (ICT, 2017), al referirse como principio central de la longevidad saludable de los vecinos de este lugar, «la relación familiar, primero que todo», lo que da a entender la importancia en la calidad de vida de las personas adultas mayores, las relaciones armoniosas y la sana convivencia en el seno familiar.

Además, así lo enfatiza la OMS (2007) al instar a los gobiernos a comprometerse a crear «Ciudades globales amigables con el adulto mayor», que estimulen la creación de entornos positivos para su realización plena.

Para los objetivos de la presente investigación esto es importante porque se sustenta la propuesta de que las sanas relaciones de convivencia entre la PAM y su familia son una fortaleza digna de potenciarse para mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

También merece analizarse el 13,9 % de personas adultas mayores que manifestaron sus relaciones poco amigables con su familia, que se rompieron, probablemente, antes de entrar la PAM a la vejez. Según Hernández (2001),

En cualquier caso, lo que si es cierto es que uno de los elementos más eficaces en la protección de los ancianos es el amor de sus hijos: niños queridos y felices, serán adultos apegados a sus ascendientes, mientras que niños desprotegidos e infelices, al llegar a adultos pueden ser agresivos y descuidados con sus padres (p. 138).

De esta manera se entiende lo relevante de que la familia mantenga siempre la sana convivencia, que a futuro traerá frutos beneficiosos para los padres cuando envejecen y a los hijos en su relación con los mayores cuando llegue el momento de apoyarles en su senectud.

### **Prevalencia de enfermedad en la persona adulta mayor**

En relación con la prevalencia de enfermedades que sufre la persona adulta mayor de la zona investigada se tiene que sus principales dolencias son la presión alta en un 27,8 %, diabetes un 15,7 % y colesterol un 11,1 %, así como un 10,2 % de enfermedades degenerativas (aquellas que por daño celular afectan los órganos y se pierde la capacidad de regeneración de las células, entre ellas cáncer, arterioesclerosis, artritis, afectación respiratoria, osteomuscular, cardiovascular, etc.), resultado que coincide con la Figura 21 de las enfermedades que afectan la población costarricense en general como lo expresa la OPS (2005).

Si se analiza por sexo, se percibe que las mujeres sufren más enfermedades que los hombres (ver Figura 22). La hipertensión, diabetes, colesterol y enfermedades degenerativas son las que presenta mayor prevalencia el género femenino, pero lo más relevante es que las mentales las presenta en su mayoría la mujer (OPS, 2005, p. 45). Ello lo explica la OPS (2005) y sugiere algunas causas que afectan su salud como

para las mujeres existe una sumatoria de procesos desfavorables para la salud, la pobreza de los hogares con jefatura femenina aunada a su baja escolaridad, salarios más bajos por igual trabajo que los varones, predominio del trabajo en pequeñas empresas, niveles más altos de desempleo y subempleo.

Adicionalmente, predomina el aseguramiento familiar y bajas coberturas para las no remuneradas, las que trabajan en servicio doméstico, las migrantes (p. 10).

Sumado a la discriminación salarial, violencia doméstica, acoso sexual, poco descanso y recreación, menor posibilidad de obtener pensión y afectación emocional por la carga de trabajo, se derivan también las enfermedades mentales y enviudar y vivir sola por más tiempo que el varón.

Para brindar una respuesta social al problema de salud de la mujer adulta mayor con respecto al hombre que sufre menos enfermedades, se debe motivar la creación de una política con enfoque de género que capacite a la familia. La oportunidad de educar el núcleo familiar en convivencia amigable, cuidado y autocuidado de la mujer desde que crece debe fortalecerse, para una mejor calidad de vida en su vejez.

De igual forma, vale reeducar al hombre sobre el trato respetuoso y considerado hacia la mujer, además facilitarle a esta empleo, crearle rutinas de trabajo más cortas, equiparando salarios y abriéndole espacios laborales públicos que le permitan salario continuo, seguro social, pensión, libertad financiera y mayores oportunidades para expandir sus inversiones económicas. Así se le abren puertas para un mayor desarrollo en el liderazgo, autonomía y redes de apoyo social para su vejez.

### **Lugar de asistencia a control de la salud**

Las personas adultas mayores de la zona investigada asisten principalmente al Ebais de su barrio cuando necesitan atención médica. El otro centro de salud al que asisten en menor grado es el hospital, saltando un nivel de atención como lo es la clínica.

Esta tendencia satura los hospitales y se agotan las camillas como lo declaró el Dr. Fernando Morales, director del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. R. Blanco Cervantes, impidiendo la atención adecuada a cada PAM (setiembre, 2018, comunicación personal).

El segundo nivel de atención es la clínica y funciona un poco más compleja que el Ebais que corresponde al primer nivel. La ruta de atención es que del Ebais se refiera a la clínica y si ahí no se cuenta con la capacidad para atender las necesidades de la PAM, se debe referir al hospital.

La sensibilización a la población mayor y sus familias, dado el aumento constante de este grupo etario, sobre los protocolos indicados para apoyarla oportunamente, evita saturar el sistema de salud con hospitalizaciones, ahorra recursos y agiliza la atención y puede mejorar la calidad de su atención.

El rango de edades de las personas adultas mayores de 65 a 69 y de 70 a 74 años son los que más visitan el Ebais, los rangos de 75 a 79 y de 80 a 84 años visitan más el hospital, y las personas adultas mayores de 85 utilizan servicios privados (Figura 23).

Con respecto a programas y planificación de políticas que apoyen a la PAM más específicamente, se identifican los rangos de edad y qué lugar frecuentan para atender su salud, por ejemplo la educación sobre convivencia amigable y apoyo familiar a la PAM se puede implementar desde el Ebais, lugar común y confiable para la comunidad.

### **Caracterización familiar**

Se incluye la caracterización del apoyo familiar, ya que no es posible pensar en personas adultas mayores sin sus familias. El apoyo familiar proviene del núcleo de personas que han compartido lazos afectivos, valores, costumbres, cultura, hábitos y demás experiencias en común.

La cultura costarricense, según Puga et al. (2007), apoya a la persona adulta mayor en su mayoría, dándoles soporte emocional, principalmente, y evitando el abandono definido como

La condición de soledad, aislamiento e indefensión, deterioro físico y/o mental en que se encuentra una persona mayor, que no cuenta con redes de apoyo, familiares o comunitarias, definidas, estables e identificadas, para brindar



cuidados, ayuda instrumental, afecto, protección, seguridad material, vivienda; aspectos indispensables en el mantenimiento de la calidad de vida (OPS, 2004, p. 12).

Esta situación se puede evitar si se crean políticas que fortalezcan la relación familiar con la PAM, que capacite a sus miembros para afrontar el cambio que sucede en las familias cuando conviven con estas personas.

### **Origen de los ingresos de la familia**

Como se observa en la Figura 25, el ingreso principal de las personas adultas mayores proviene de la pensión. Es coincidente con lo que manifestaron las PAM consultadas y sus familias en cuanto a que el mayor ingreso proviene de la pensión, especialmente en el caso de los hombres y menor en las mujeres. Los restantes recursos provienen del trabajo de sus miembros en un 31,5 %, del apoyo familiar un 7,4 % y de rentas 3,7 %.

La actividad económica la desarrollan principalmente los hombres, mientras que las mujeres se dedican en su adultez a labores domésticas, recibiendo mayor apoyo económico de sus hijos, comparado con el que reciben los hombres. Se tiene que aun cuando los(as) hijos(as) apoyan en tareas, afecto, cuidado, acompañamiento y otras ayudas, se observa un poco apoyo en el aspecto económico. La pensión, en general, va perdiendo su valor adquisitivo y las necesidades aumentan para las personas adultas mayores, por lo que el asegurar su seguridad económica es muy importante para prever la dependencia. Pero como citó Gómez (1996, citado por la OPS, 2004)

Revela que aun cuando las personas de edad hayan tenido muchos hijos, la cantidad de ellos que colabora con sus padres es relativamente pequeña. Por lo general los hijos solteros y que todavía residen con sus padres son quienes más los ayudan, así como los hijos que tienen un mayor nivel educativo. La ayuda de tipo económico la proveen principalmente los hijos varones, mientras que las hijas mujeres son quienes más colaboran con oficios domésticos (p. 16).

Sin embargo, al integrarse la mujer al trabajo y al incrementarse su educación, este aporte de la mujer a la persona adulta mayor ha aumentado, mostrando un incremento del aporte económico, especialmente dirigido a la PAM mujer, que en menor porcentaje cuenta con pensión para su vejez, ya que se dedicó a servicios domésticos o trabajos informales causados por su bajo nivel educativo.

Una política orientada a este grupo etario debe incluir especificidad en género que asegure el ingreso económico a las PAM mujeres, proveyendo recursos legales que les permita gestionar recursos financieros de las instituciones, hijos(as) y familiares, que protejan sus condiciones económicas y, por ende, su calidad de vida.

La provisión de las necesidades materiales a la persona adulta mayor que no proceden de pensión está a cargo de los(as) hijos(as) en un 38,9 % (ver Figura 27), aumentando la participación de la familia en el apoyo a las necesidades materiales de estas personas de la zona estudiada.

En segundo lugar se ubica el aporte de necesidades materiales del cónyuge en un 25,9 %, ya sea porque su trabajo es informal o porque verdaderamente no cuenta con recursos para aportar más, y lo que recibe la familia de otras actividades informales es un 31,5 %, ya sea de rentas, aporte del Estado, de alguna ONG, de la comunidad, etc., pero superando los que hacen los(as) hijos(as), dirigidos en su mayoría a la PAM mujer.

Además, la agilización de recursos jurídicos para gestionar aporte obligatorio de los(as) hijos(as) a las personas adultas mayores es necesaria para incrementar el apoyo económico a este grupo etario como lo está haciendo el Conapam guiando a la PAM abandonada a exigir su pensión, pues según Villalta (2018), esta es la estrategia que fortalecerá la entidad para luchar contra la costumbre de algunas familias de abandonar a los adultos mayores en hospitales durante la época navideña y días festivos:

Esta cifra no refleja los viejitos que rescatamos de los parques, calles y otros lugares en condiciones de indigencia, ellos viven otro tipo de tragedia. Los recursos del Conapam están agotados y Diciembre es la época más complicada

para nosotros porque las personas abusan más de los adultos mayores (Soto, 2016).

Esta situación trata de solucionarse desde el ente rector, fortaleciendo y agilizando los recursos jurídicos para que la persona adulta mayor como titular de derechos asegure sus ingresos económicos de que es merecedora.

### **Relaciones de la familia con la persona adulta mayor**

Las relaciones en el interior del hogar entre las familias y la persona adulta mayor son fundamentales para crear un espacio de convivencia armónico y positivo, que genere en la PAM seguridad y paz.

Algunos estudios realizados sobre la persona adulta mayor y su ambiente familiar han concluido que, con mucha frecuencia, vive con algún familiar, como lo revelaron Barros y Muñoz (2001, p. 3) en sus investigaciones en Chile. Ahí descubrieron que el 75 % de los adultos mayores cuentan con el apoyo familiar, mientras que el 62 % considera muy cercana a su familia. En este mismo estudio se determinó que en el 30 % existen desavenencias y que un 16 % cuenta con personas en la familia que les molestan, sin embargo, el ambiente familiar es determinante en la vida afectiva de la persona adulta mayor para su subsistencia.

Comparado con lo anterior, en la presente investigación se encontró que, según la Figura 26, las relaciones «muy amigables» se dan en una frecuencia de 71,3 %, «amigables» en un 14,8 %, cifras parecidas a las de Barros y Muñoz (2001, p. 3), y «poco amigables» en un 13,9 %.

Existe un apoyo alto en cuanto a relaciones que la familia entrevistada considera muy amigables (71,3 %), o sea, las hay positivas hacia la PAM, vínculos amigables que proveen tiempo juntos en amistad, pero también se observan poco amigables (13,9 %), que se presume que son las causantes de violencia, maltrato y abandono por parte de los familiares con los que convive, como lo manifestó Villalta (2018) acerca del abandono de las personas adultas mayores y por parte de sus

hijos(as), especialmente durante días festivos, a quienes se les puede imponer jurídicamente una pensión para estas personas desvalidas.

En relación con los resultados, el Conapam manifiesta que ha creado una red de cuidado que está dirigida a personas vulnerables y en condiciones de pobreza, interviniendo con el fin de proteger los derechos que les asisten para un mejoramiento de la calidad de vida en su entorno familiar. Hace «énfasis en la permanencia de las personas adultas mayores, en su entorno inmediato, esto es su núcleo familiar o comunal mediante la maximización de los recursos de las familias y comunidades» (Conapam, 2012, p. 12).

Esta condición es la ideal para alcanzar la meta de la red de cuidado, propósito que se ve limitado por recursos financieros y por el aumento del maltrato y la violencia intrafamiliar a las PAM por conflictos familiares, legales y abandono, según comentó Villalta (2018), que atribuye estas consecuencias al aumento de población mayor, estrés, desligue generacional y vacío de educación familiar sobre el apoyo afectivo que se debe brindar a las personas adultas mayores.

La población actual en Costa Rica de personas adultas mayores es de 13,3 %, de las cuales el 20 % está experimentando violencia proveniente de familiares que abusan de su condición y en la que se enfatiza el abandono y negligencia, aumentando el riesgo de enfermedad (Cerdas, 2016). Se apunta a un vacío educativo de la familia sobre cómo mostrar afecto y cuidado amoroso a las PAM en el espacio familiar, presentándose débiles relaciones afectivas como lo muestra la investigación en un 13,9 % de sus relaciones (ver Figura 26).

Según el Ministerio de Salud (MS, 2017, p. 18), las funciones de la Promoción de la Salud consisten en aprovechar las condiciones favorables y las oportunidades que contribuyen a proteger y fortalecer la salud, articulando los actores y recursos para este fin, que pueden usarse para mejorar la educación de las familias en sus relaciones con la PAM.

El ente rector desde los diferentes niveles, favorece: «las relaciones intergeneracionales, la convivencia pacífica, el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales, emocionales, sociales, y ejercicio de derechos y deberes»

(MS, 2017, p. 19). Esto con el fin de permitir el control de la salud de la población promoviendo la autorresponsabilidad y la participación social, que modifiquen favorablemente los determinantes y factores protectores de la salud.

Por lo tanto, la presente propuesta pretende que el Área de Salud de Escazú aborde, mediante políticas, la educación familiar sobre relaciones afectivas, solidarias, responsables y diligentes del núcleo familiar hacia las PAM, anticipando el riesgo y fortaleciendo el soporte en su entorno más cercano y desde el enfoque de la Promoción de la Salud que sugiere la intervención anticipada potenciando fortalezas como las encontradas en la investigación de relaciones muy amigables con la PAM, evitando el riesgo y mejorando la calidad su vida.

#### **4.2.2 Características del apoyo familiar a la persona adulta mayor**

Se considera que el apoyo familiar aporta sentido de pertenencia, parentesco, amor, «lazos de responsabilidad mutua» y soporte emocional, cumpliendo un rol determinante en las emociones de la persona adulta mayor que la reafirma y le da mayor sentido de vida (Barros y Muñoz, 2001, p. 2; Puga et al., 2007, p. 5).

Estos elementos son importantes para proteger la salud, favorecer el alcance de metas y sueños pendientes de los PAM, aportando una respuesta viable al cuidado de la salud de estas personas de la zona.

Dada su importancia, el presente estudio consulta a las personas adultas mayores de la zona sobre el apoyo emocional, social, en salud e instrumental entre las necesidades no satisfechas.

##### **1. Apoyo emocional**

A la interrogante sobre las expresiones físicas de afecto por parte de sus familiares cuando se comunican o se ven, cuyas respuestas son «casi siempre», «algunas veces» y «casi nunca», se obtuvo que un 70,4 % «casi siempre» sí las reciben. El afecto o amor que recibe la PAM de sus familiares con los que mantiene vínculos es básico para la convivencia intrafamiliar amigables, solidaria y duradera como lo expresa Segarra (2017), quien ante la pregunta ¿Qué necesitan los adultos

mayores para ser felices? descubrió que no es riqueza o bienes, sino que «la salud interrelacionada sinérgicamente con aspectos familiares como una familia unida, muestras de cariño, solidaridad y respeto influyen positivamente en el adulto mayor, tanto física como emocionalmente proporcionando felicidad y buen vivir y repercutiendo en una vida mejor» (p. 35).

Si se encuentra en esta investigación un apoyo considerable en el afecto expresado a la PAM y, además, una comunicación diaria de un 67,6 % con los(as) hijos(as), se puede entender que la comunicación apoyada por muestras de afecto fortalece su estima y seguridad de convivir con la familia, oportunidad potenciable con políticas que estimulen el elemento afectivo en el entorno familiar, mediante el desarrollo de habilidades de sus miembros en convivencia amigable con procesos educativos que los capaciten para enfrentar los cambios demográficos que suceden en lo interno de la familia.

Sin embargo, se tiene en este estudio un 18,5 % de personas adultas mayores que reciben afecto solamente «algunas veces» y un 11,1 % «casi nunca», lo que indica que un 29,6 % no recibe el afecto necesario para un estado emocional satisfactorio. Por lo tanto, en esta investigación se pretende que se prevean los riesgos de maltrato y abandono a la PAM, cifra que según el Conapam va en aumento. Así lo expresó Zulema Villalta en el diario La Nación (Cerdas, 2016), quien estima que la población mayor aumenta y al año 2016 un 13.3 % de la nacional corresponde a 635 000 de estas personas y de las cuales un 20 %, o sea, 133 000 sufren violencia o abandono.

Este aumento en la violencia hacia la PAM se atribuye a los vacíos educativos en la familia y la sociedad, resultados que demuestran la necesidad de implementar programas a la familia sobre sus necesidades afectivas y el respeto a sus derechos humanos que garanticen el mejoramiento en su calidad de vida.

Por ello, es necesaria una política dirigida a la educación de la familia para la unidad, cariño, solidaridad y respeto, principios que en Costa Rica dan longevidad y calidad de vida a la PAM, lo cual se ve reflejado en la Zona Azul de Nicoya y que son dignos de multiplicar, no solo para dar felicidad, sino también una vida mejor, política

que es determinante para llenar vacíos relacionados con la sensibilidad hacia este grupo etario y que permitan cuidar la sana convivencia con su núcleo familiar.

## **2. Apoyo social**

En este estudio los participantes manifestaron el soporte de la familia a su desarrollo social mediante visitas de familiares, participación en actividades comunitarias y la comunicación que mantienen con sus amistades.

El 65,7 % dijo ser apoyado por la familia para atender visitas de parientes en su casa, permitiéndole mantener sus lazos sanguíneos con los que no conviven, lo que es importante para que se mantenga la relación con la red familiar, que en algún momento podrían ser de apoyo a la familia cuidadora y a la PAM.

También se obtuvo que a un 70,4 % de la PAM el núcleo familiar le facilita la participación en actividades de la comunidad, creando redes sociales de interés común cercanas a su entorno que le permiten fortalecer sus habilidades de crecimiento humano y asociación al desarrollo comunal, así como de satisfacción propia.

Para lograr esa adaptación a la comunidad necesita comunicarse, aspecto investigado por este estudio que encontró que el 29,6 % de la PAM se contacta semanalmente con sus amigos, ocupando el segundo lugar en comunicación después de sus hijos.

La importancia del apoyo social estriba en que anima a la PAM a considerarse a sí misma importante para los que le rodean o conocen, compartiendo asuntos de interés común con sus pares, que han experimentado condiciones de vida similares que les permiten un lenguaje de comunicación común y profundiza la amistad con las personas de su entorno.

El apoyo social a la PAM debe, entonces, emerger no solamente de la familia, sino de instituciones, organizaciones comunitarias y gobiernos locales, primeramente del ente rector que dirija, mediante políticas, programas y proyectos, un entorno facilitador de opciones diferenciadas de acuerdo con las necesidades de cada PAM

de la zona. Así lo expresa la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N.º 7935) que promueve entre los derechos de la PAM:

- a. El acceso a la educación, en cualquiera de sus niveles, y la preparación adecuada para la jubilación.
- b. La participación en actividades recreativas, culturales y deportivas promovidas por organizaciones, asociaciones, municipales o del Estado.
- c. La vivienda digna, apta para sus necesidades y que le garantice habitar en entornos seguros.
- d. El acceso a crédito que ofrecen las entidades públicas y privadas.
- e. El acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de atención, con el fin de que se vele por sus derechos e intereses, si se encuentra en riesgo social.
- f. Atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación.
- g. La pensión concedida oportunamente, con el fin de que le ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales.
- h. La asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- i. La participación en el proceso productivo del país, de acuerdo con sus posibilidades, capacidades, condición, vocación o deseos.
- j. La protección jurídica y psicosocial a las personas adultas mayores afectadas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial.
- k. El trato preferencial cuando efectúe gestiones administrativas en entidades públicas o privadas.
- l. La unión con otros miembros de su grupo etario, en la búsqueda de soluciones a sus problemas (Asamblea Legislativa, 1999, pp. 2-11).

Como se observa, la PAM cuenta con esos derechos, pero se requiere la política que garantice la implementación y cumplimiento de estos derechos, con el fin de ampliar su cobertura, función que descansa en el ente rector.

Según sus funciones, el ente rector desde los diferentes niveles, inclusive el ARS, favorece «las relaciones intergeneracionales, la convivencia pacífica, el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales, emocionales, sociales y



ejercicio de derechos y deberes» (MS, 2017, p. 19). De este modo, permitirá el control de la salud de la población promoviendo la autorresponsabilidad y la participación social, que modifiquen favorablemente los determinantes y factores protectores de la salud.

El ente rector -es responsable de promover la inclusión y participación de la PAM en los destinos de su comunidad, respaldada por políticas que abarquen diferentes actividades de desarrollo intelectual, deportivas, artísticas, empresariales, literarias, agrícolas, etc., ampliando la oferta de oportunidades en espacios seguros y amigables como lo promueve la OMS (2007) en la iniciativa «Ciudades globales amigables con el adulto mayor».

### **3. Apoyo en salud**

Según Puga et al. (2007), los costarricenses muestran su mayor apoyo a la PAM durante sus crisis en salud. Dicha observación se confirmó en la presente investigación en la zona, obteniéndose un 83,3 % de personas adultas mayores que «casi siempre» son atendidos por parte sus familiares durante su enfermedad.

Mientras tanto, un 11,1 % opinó que «casi nunca» recibe atención en su enfermedad, porcentaje igual al de las que manifestaron que «casi nunca» obtienen expresiones de afecto, lo que relaciona la atención en salud como una expresión de afecto de la familia y que es un 11,1 % de la PAM de la zona que presenta una condición de indiferencia a sus necesidades afectivas y de salud por parte de la familia.

Así, también la compra de medicamentos en menor porcentaje es preocupación de la familia en caso de enfermedad de la PAM, quienes apuntaron que «casi siempre», un 65,7 %, les apoyan con estos gastos.

De igual forma, se confirmó con las entrevistas respecto del cuidado en crisis de salud que se dan «menos hospitalizaciones, evitan los reingresos, mejor salud, largura de días, satisfacción, calidad de vida» (PAM-7), lo que indica que la persona adulta mayor es consciente de que una estancia amigable en su hogar apoyada por

el núcleo familiar aporta múltiples beneficios en su vida, salud y estado de ánimo, elementos importantes para una excelente calidad de vida.

Un 24,1 % de la PAM consultada consideró que «casi nunca» le apoyan con la compra de medicamentos, aspecto que puede relacionarse con la condición económica de la familia y citado en la entrevista como una limitación para brindar el apoyo que requiere una persona adulta mayor al expresar que «falta valores familiares, abandono a la PAM, falta tiempo, falta de recursos económicos» (FAM-9), necesidad que debe incluirse en las políticas del ente rector para cubrirlas cuando hubiere urgencia si alguna de estas personas presenta limitaciones para adquirir sus medicinas.

El aspecto económico, aunque suplido en su mayoría por los(as) hijos(as) cuando no posee pensión, es necesario el ente rector lo analice de manera diferenciada en su implementación de políticas económicas para la PAM de la zona, ya que, por el bajo nivel educativo que presenta este grupo etario, la posibilidad de oportunidades laborales no son muy positivas y las pensiones pierden su valor adquisitivo con el tiempo.

El determinante económico debe ser asegurado, para que las necesidades de la PAM se suplan y le den dignidad y calidad de vida, por lo que la seguridad económica familiar debe ser incluida en las políticas y en la educación para el uso de recursos para esta población y su familia.

El contrato de cuidadores no es muy frecuente entre la persona adulta mayor de la zona, un 38,9 % contestó que «casi siempre» tiene una persona cuidadora mientras sufre enfermedad y un 52,8 % dijo que «casi nunca», razón para creer que debido al gran apoyo familiar que recibe no se ve en necesidad de contratar algún acompañante.

Además, que la presencia de cuidadores para la PAM debe ser regulado y supervisado por el ente rector, así como el control de la capacitación que este requiere para brindar estos servicios. Algunas PAM indicaron que algún miembro de la familia, por lo general, asume la función de cuidador.

Según Rico (2015),

El Estado tiene un rol central en términos de garantizar el derecho a cuidar, ser cuidado y auto cuidarse.

En ausencia de políticas públicas sustantivas el trabajo de cuidados tanto remunerado como no remunerado- se realiza en condiciones de invisibilidad y desprotección social (párr. 8).

Como se observa, las recomendaciones tanto de Rico (2015) como de Crespo y López (2007) apuntan a la misma necesidad de rectoría del Estado en el derecho a «cuidar y ser cuidado», respuesta que busca esta investigación, aportando herramientas para que se cuente con políticas que dirijan el apoyo familiar, tomando en cuenta la persona adulta mayor, la familia y los cuidadores, todos finalmente actores activos, cercanos y dedicados a influir en el cuidado y calidad de vida de la PAM, tópico que se debe incluir en las políticas por implementar.

#### **4.2.3 Aporte de las personas adultas mayores y sus familias**

Existen familias que expresan apoyo a las personas adultas mayores de diferentes maneras, pero se mencionó la inclusión en las actividades familiares, respeto a sus decisiones y opiniones tales como «incluirlo en actividades, en toma de decisiones, respetar sus opiniones» (FAM-4), «ayudarlo en las tareas, ponerse de acuerdo toda la familia, organizar el tiempo, económico, medicinas, y tiempo» (FAM-5) o «cuidado y acompañamiento, organizarse en las tareas, sacarle citas, comprar pañales, compra de medicamentos, buscar conocidos que le ayuden» (FAM-7).

Es importante tomar en cuenta las responsabilidades laborales que los miembros de la familia ejercen y al atender a la PAM lo hacen mediante un esfuerzo extra para cuidarlos en su casa.

Y es que para que los familiares funcionen como cuidadores de su PAM en casa, es necesario regular su tiempo de trabajo formal con el fin de que pueda brindar apoyo familiar sin sufrir demasiada carga de trabajo o estrés como lo evidenció la familia.

En España, se busca en la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato, 2018-2021 la necesidad de que se

creen leyes complementarias que tomen de frente las regulaciones sobre el cuidado a familiares en casa, en las que analizan

La conciliación de la vida laboral con el cuidado de los miembros del hogar necesitados de ellos (niños, personas enfermas, personas con discapacidad y/o personas con dependencia) es una demanda de la sociedad española a la que hay que dar soluciones (MSSSI, 2017, p. 27).

Por su parte se necesita la creación de la política de apoyo familiar que permita prever situaciones laborales que jurídicamente impidan a la familia aportar el cuidado que requiere la PAM en casa.

Queda pendiente valorar económicamente con cuánto contribuye la familia que da acompañamiento emocional, en salud, instrumental, material, para conocer el verdadero auxilio a su pariente, que es persona adulta mayor que vive en casa, y equilibrarlo con el aporte del Estado, con el fin de evitar enfermedad, hospitalización, reingresos, pérdida de autonomía y funcionalidad, calidad de vida que puede afectar a la PAM en su etapa adulta. Este tema no se desarrolla directamente en este estudio, pero puede ser parte de otros procesos de investigación.

### **Limitaciones de la familia para brindar apoyo a la PAM**

Entre las limitaciones expresaron el necesario abandono laboral que un miembro de la familia debe hacer para cuidar la PAM en su hogar, el tiempo que no les alcanza para atender todas sus tareas, el agotamiento familiar por el trabajo, la falta de compromiso de algunos parientes, los conflictos familiares que surgen al momento de asumir responsabilidades económicas, de tiempo o trabajo para colaborar con el cuidado de la persona adulta mayor en la casa.

Un aspecto muy mencionado es la poca capacitación que tiene la familia para enfrentar los cambios de la PAM y el desconocimiento de cómo gestionar el apoyo familiar equilibrado y comprometido de sus miembros.

Las tareas en manos de familiares, especialmente mujeres, no son un fenómeno de la PAM investigada solamente, sino que aun en otros países ocurre como se describe en la siguiente nota:

En nuestro país, el modelo de cuidados que se proporcionan cuando una persona los necesita se encuadra dentro del conocido como “modelo mediterráneo”, en el que la familia es la que desempeña un papel esencial, aportando los miembros de la misma diferentes recursos para proporcionar los cuidados al miembro necesitado. En este modelo son las mujeres las principales prestadoras de cuidados. Factores culturales y sociales han hecho pervivir un modelo que se ajustaba a unas bases familiares, que hoy en día se sumergen en un profundo cambio. La incorporación de la mujer al mercado laboral, el incremento de su nivel educativo, el cambio en la propia estructura y composición familiar, el incremento de la pervivencia de las generaciones de mayor edad, impulsan una demandas que exigen cambios en el sistema de cuidados (MSSSI, 2017, p. 40).

El diseño de una política que regule el apoyo familiar como estrategia para el cuidado de la PAM en casa debe tomar en cuenta regulaciones laborales, estructura familiar, trabajo de sus miembros y como atraer al núcleo parental a participar de este apoyo de manera armónica, conviviendo con respeto y valores mutuos «en casa».

La capacitación de la familia es también una realidad necesaria con el fin de evitar conflictos como lo manifestaron las personas entrevistadas, ya que, aunque mantengan buenas relaciones con la PAM y le quieren, reconocen que no han recibido la capacitación diferenciada para atenderles o apoyarles.

### **Necesidades de la familia de la PAM**

Las familias entrevistadas expresaron entre sus necesidades algunas como «acuerdo, organizarse, aporte económico de los familiares, espacio, movilidad, capacitación de familiares, instrucción legal, mediador de la CCSS, MS, cuando hay conflictos» (FAM-7), refiriéndose a los procesos de adiestramiento en estas áreas que

dependen de las familias, pero donde el ente rector puede incidir en la concientización y la capacitación que se le aporte a las familias.

Las familias consultadas brindan un gran aporte al cuidado de la PAM que vive junto a su núcleo, han expresado necesidades dignas de tomar en cuenta a la hora de abordar el apoyo familiar con una política proveniente del ente rector que escuche sus falencias diarias y les provea la atención que requieren, necesitan estar seguros que lo están haciendo bien, que van a dar el espacio a la persona adulta mayor para su autonomía e independencia sin abandonarle; que le están respetando sus decisiones, pero sin permitir que sean objeto de abuso por otros; que le permiten desarrollar tareas para estimular su funcionalidad, pero sin recargarlos de trabajo; cuidarles, pero estar seguros que no están limitando el desarrollo del autocuidado que la PAM necesita practicar, etc.

Sin embargo existe mucha necesidad que cubrir en el cuidador familiar, por ejemplo:

estableciendo los programas, prestaciones y servicios adecuados para cubrir las necesidades existentes y dando valor al cuidado y al cuidador, reconociendo su función social, estableciendo programas formativos sistemas de aprendizaje permanente para el buen cuidar, establecimiento de tiempos máximos que se deben dedicar, diseño de una estrategia nacional de conciliación de la vida laboral y profesional, dónde se definan medidas que permitan conjugar su actividad profesional con la de cuidador, contemplar el descanso semanal y vacacional para los cuidadores familiares informales a tiempo completo, apoyos psicológicos y terapéuticos que prevengan posibles enfermedades tanto físicas como psíquicas que la sobrecarga del cuidado pueda ocasionar y establecimiento de medidas tendentes a evitar la exclusión social del cuidador, mediante actividades que fomenten su participación activa en la vida comunitaria (MSSSI, 2017, p. 40).

Se mencionan las atenciones y cuidados que debe incluirse en capacitación y trato a los miembros familiares que apoyan a la PAM, sin embargo, la investigadora estima que se debe incluir la formación y cuidado no solamente al(a la) cuidador(a), sino a todo el núcleo familiar, ya que este sufre un cambio demográfico, social,

relacional entre generaciones, que debe respetar los derechos de ambas partes, PAM y familiares, con el fin de obtener la convivencia amigable que sugiere la OMS (2018) en lo interno de la familia al «envejecer en casa», proceso al cual se debe preparar a la sociedad mediante políticas y educación por medio de programas y proyectos comunitarios.

### **Acciones recomendadas por la PAM entrevistada**

Una amigable relación provee bienestar, seguridad, tranquilidad y paz a la PAM, condiciones que anhela este grupo etario en su vejez, lo que significa que su calidad de vida no depende solo de la condición física como lo mencionó «La Asamblea Mundial del Envejecimiento», celebrada en Viena en 1982: «la atención a las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales» (MSSSI, 2017, p. 41). Este tema lo comprenden muy bien los entrevistados, pues en sus sugerencias de acciones por tomar se refieren no solo a cuestiones físicas, sino a la concientización del núcleo familiar a los cambios de sus miembros para mantener relaciones positivas en su convivencia.

Las opiniones de las familias de la PAM son de gran valor como «educación a niños y niñas, reuniones familiares, capacitación, concientización, ejemplo» (FAM-9), «concientizar las niñas y los niños, estimular afecto y cercanía familiar, hacer reuniones familiares, capacitación y unidad familiar» (FAM-7), «educación, concientización, todos debemos cuidarnos, la vejez es parte de la vida» (FAM-2), También sugirieron «concientizar a toda la familia, capacitar la familia para entender esta etapa donde los miembros de la familia están cambiando, respaldo con políticas desde las instituciones promoviéndolo, incluir el apoyo familiar a la PAM en todas las actividades» (PAM-10).

Se debe iniciar un proceso social desde las políticas que concientice a la familia sobre la evolución que vive la PAM, los cambios que enfrenta y, además, la necesidad de la transversalidad en toda actividad que se organice, influencia que

formaría comunicación generacional transformando la participación del núcleo familiar en la convivencia con la PAM.

Así, entre sus sugerencias instan al cambio de determinantes estructurales (Soler & Irwing, 2007) mediante políticas, la educación y la salud, cambios en determinantes intermedios para la concientización social de la comunidad, entorno, participación de diferentes instituciones y en determinantes proximales con la capacitación a la familia en sus condiciones económicas, laborales, de derechos humanos y convivencia amigable, aspectos que indican que su experiencia y aporte se deben incluir en las políticas por construir sobre apoyo familiar como primer paso para transformar el intercambio PAM, familia, entorno, comunidad y sociedad.

### **Capacitación a la familia y a la PAM**

Dada la manifestación que hicieron las familias entrevistadas, reconociendo la necesidad de capacitarse para la atención y apoyo adecuado a la persona adulta mayor, a la pregunta si está en disposición para capacitarse, el 100 % opinó que sí, indicaron querer obtener más conocimientos y habilidades para un manejo amigable del núcleo familiar con la PAM.

La OMS (1998) describe la Promoción de la Salud como el enfoque que se hace desde el Estado para facilitar a las personas el desarrollo de habilidades y herramientas para su autocuidado y control de la salud. Una de las estrategias es la Educación para la Salud, que comprende no solamente la prevención, sino la consciencia de qué acciones se deben tomar para potenciar las oportunidades y prever el riesgo antes de que suceda.

Desde este punto de vista, el apoyo familiar en la zona investigada aporta elementos que son una oportunidad para fortalecer la convivencia amigable entre los miembros del núcleo familiar con la PAM, que si se fomentan mediante programas y proyectos que incluyan un proceso educativo de concientización, implementación y multiplicación de conocimientos y prácticas en el escenario familiar, comunitario y político, pueden obtenerse resultados altamente beneficiosos para el Estado, al ahorrar grandes sumas de dinero en atención de la salud de este grupo, su familia y



la comunidad, al ser prácticas y costumbres aceptadas culturalmente por la sociedad. Un caso por considerar es la experiencia derivada de la Zona Azul de Nicoya, que puede proporcionar información valiosa para implementar acciones en el área estudiada en este trabajo investigativo.

Así, la familia y comunidad contará con habilidades y herramientas para confrontar la vivencia con las personas adultas mayores de su entorno, potenciando la fortaleza del apoyo familiar y su abordaje.

### **Valores recomendados para fortalecer el apoyo familiar**

En la entrevista se observaron expresiones en las que los valores como el «respeto, solidaridad, humildad, amor, espiritualidad» (FAM-3), «respeto, tolerancia, amor, servicio, espirituales» (FAM-6) o «compromiso, amor, consideración, respeto, solidaridad» (FAM-7) son fundamentales para la sociedad y le permiten una convivencia amigable, respetuosa y pacífica a la persona adulta mayor, cosechando satisfacción y calidad de vida en su hogar.

Sin embargo, se encontró que existen familias o PAM que no se relacionan armónicamente entre ellos, posiblemente porque alguien quebrantó los valores o derechos del otro. Según la Declaración de Ávila del 2012:

Las personas mayores de España queremos promover una sociedad para todas las edades, en la que cualquier persona sea capaz de desempeñar un papel activo en la sociedad, disfrutando de igualdad de derechos y oportunidades en todas las etapas de la vida y con independencia de la edad, raza, origen étnico, religión o creencias, condición social o económica, orientación sexual o cualquier otra circunstancia (MSSSI, 2017, p. 47).

Esta declaración enfatiza como un valor importante la igualdad de derechos y oportunidades, así como desechar la discriminación de cualquier tipo, valores que deben ser enfáticos en una política orientada a este grupo de población.

También, se mencionaron valores como la solidaridad, que sugiere identificarse con la necesidad de la PAM y llevar a cabo acciones para ayudarle; la tolerancia, que

significa soportar a los otros a pesar de que piensen o actúen de maneras diferentes; el servicio, que promueve la ayuda en las necesidades de tareas que la PAM no alcanza a resolver; los valores espirituales, que le motivan a vivir y relacionarse en armonía con sus semejantes; y el amor como valor fundamental que se entrega a amar a los demás sin esperar nada a cambio.

Las PAM y sus familias practican muchos de estos valores, pero no se observan en las políticas del Estado, aunque sí en la Zona Azul de Nicoya y que, según Monge (ICT, 2017), estimula a extenderlos por el resto de cantones del país e incluirlos en los programas o proyectos destinados a abordar el núcleo familiar y la PAM, debido a que son tradicionalmente costumbres y estilos de vida de la mayoría de familias, adaptándolos a su cosmovisión y prácticas culturales.

El Ministerio de Salud y los Servicios Sociales e Igualdad de España (2017, pp. 44-47) sugieren también otros valores importantes como el diseño universal, desarrollo económico sostenible, creación de centros diurnos, y la perspectiva de género, debido a la feminización del envejecimiento, para el cuidado de la PAM que apoye a la familia para evitar su agotamiento físico, psicológico y el estrés, valores que pueden adoptar para fortalecer el apoyo familiar, innovando con políticas como las que se han desarrollado en Europa.

#### **4.2.4 Análisis de resultados de la Escala Apgar**

La Escala Apgar se utiliza para medir la funcionalidad familiar, y su importancia estriba en que dependiendo de cómo funciona la familia internamente crea un entorno que favorece o no a la persona adulta mayor en lo relacionado con su calidad de vida.

Se toma en cuenta el apoyo que recibe la PAM, la participación en las diferentes situaciones de la familia, el crecimiento demostrado frente a la toma de decisiones, el afecto que recibe de los miembros del núcleo familiar, la recreación y la percepción sobre el sentir, si la familia le quiere o no (Segarra, 2017).

Los resultados de la Escala Apgar reflejaron que un 78,7 % de la PAM consultada respondió que «casi siempre» recibe apoyo cuando tienen problemas, esto es relevante porque estas personas pueden presentar limitaciones mentales, físicas u otras que le impidan resolver algunas situaciones.

Un problema es una situación que causa dificultad para la vida tranquila que necesita una PAM, puede ser que cause angustia o frustración. Se tiene cerca de un 20 % de PAM, que manifestaron que solo «algunas veces» o «casi nunca» reciben apoyo en caso de presentar problemas, lo que plantea la posibilidad de que haya otros de fondo en su relación con el núcleo familiar.

Con respecto al diálogo intrafamiliar (75 %) la mayoría manifestó que «casi siempre» conversan los problemas en casa, y un porcentaje igual señalaron que no mantienen relaciones amigables con la PAM y que, probablemente, estas relaciones frustradas pueden desencadenar situaciones violentas. Curiosamente, un porcentaje medio respondió que «casi nunca» hablan los problemas internos, no se conoce si por falta de comunicación o porque las prácticas de diálogo o negociación no son comunes en la familia.

La toma de decisiones en una familia crea una interrelación entre miembros del núcleo familiar (78,2 %) «casi siempre» y muestra la madurez y desarrollo humano en las habilidades de comunicación, negociación y acuerdos para resolver los problemas en grupo. Por ello se encuentra que la PAM de la zona investigada, a pesar del nivel educativo, muestra la capacidad resolutoria de sus familias.

También, un grupo (26 %) no logra la participación en la toma de decisiones de la familia, discapacidad de resolución que requiere capacitar a sus miembros para que desarrollen la capacidad de convivencia amigable, interactiva, igualitaria y respetuosa para alcanzar acuerdos aun en las diferencias.

Este vacío es necesario cubrirlo con una política que planifique estratégicamente programas y proyectos dirigidos a fortalecer la educación para confrontar los cambios internos en el núcleo familiar y fuera de él, de manera que prevea el riesgo de violencia, control o abuso de la PAM en su entorno.

La relación afectiva es de suma importancia para la vida emocional de la PAM, se basa en sus relaciones con la familia, si son amigables o no. De la PAM interrogada en la encuesta se obtuvo que la mayoría mantiene relaciones amigables entre sí, PAM-Familia, y que las expresiones de afecto durante la comunicación o encuentros personales son más comunes con los(as) hijos (as), de forma diaria, lo que responde a una familia altamente funcional.

En la Escala Apgar se encontró que el 80,6 % de la PAM consultada está satisfecha con el tiempo que la familia le dedica o que pasan juntos «casi siempre», sin embargo, un segmento de la muestra no lo está, quizá por motivos de trabajo, estudio o decisión propia, su familia no le puede dedicar ese tiempo o acompañamiento que le ayuda a convivir con ella, socializar y a compartir sus sentimientos e ideas en el seno familiar.

El trabajo, como lo expresan en la entrevista las familias, es una de las limitaciones, así como el tiempo para compartir, lo que trae soledad o depresión a la PAM en casa, segundo problema que menciona la OPS (2004) después del económico que sufre esta población en Costa Rica.

Finalmente, se observó que un 89,8 % de la PAM consultada siente que su familia le quiere, dato de gran significancia para este grupo etario que necesita sentirse querido, aceptado, cobijado por el amor de los miembros de su hogar y que le permite fortalecer su estima, su motivación por la vida placentera y satisfactoria.

Estos resultados permiten conocer que la familia de la zona investigada es funcional en su mayoría, con el restante de familias que necesitan apoyo para resolver sus problemas y fortalecer prácticas que prevén la violencia y abandono hacia la PAM, desarrollando capacidades que construyan ambientes amigables y seguros para mejorar su convivencia en lo interno de su familia.

En la entrevista, las PAM y sus familias sugirieron acciones para fortalecer el apoyo familiar y el afecto, como el fortalecimiento de valores familiares, unidad familiar, respeto a los derechos de cada uno, capacitación por el ente rector sobre la gestión del apoyo familiar cuando hay uno o más personas adultas mayores en casa, mediadores familiares para la negociación durante los conflictos, instrumentos

jurídicos más ágiles cuando surge violencia o abandono, protección económica y patrimonial, solidaridad, amor y espiritualidad.

Una política que respalde esos valores coadyuva el asunto emocional, el biológico, el económico y el social para realmente impactar las prácticas y hábitos del núcleo familiar que asume su responsabilidad de autocuidado como grupo social sólido con poder y participación, que comparte con el Estado el deber y el derecho a una vida mejor para la PAM de forma equilibrada por las partes.

#### **4.2.5 Análisis de resultados de la Escala de Fortaleza del Apoyo Familiar**

La Escala de Fortaleza del Apoyo Familiar, usada por Puga et al. (2007), toma en cuenta no solo la residencia con el cónyuge con el que vive la persona adulta mayor o familia, sino también el tamaño de esta y la frecuencia de contactos comunicativos con hijos(as) o familiares; también se utiliza para medir la fortaleza o influencia del apoyo familiar en su salud y calidad de vida en su convivencia con la familia.

Se analizan primero las frecuencias de comunicación con hijos(as), hermanos, primos y amigos de la persona adulta mayor, las que se encuentran a continuación:

*Comunicación con los hijos:* según los resultados de la Figura 28, se nota que un 67,6 % de la comunicación diaria se lleva a cabo con los(as) hijos(as), reafirmando los estudios realizados por Puga et al. (2007), quienes afirma que la relación de las personas adultas mayores costarricenses con sus familiares inmediatos como los(as) hijos (as) es una fortaleza.

En la investigación realizada se obtuvo que un 14,8 % se comunica semanalmente con la PAM, por otras ocupaciones, tener pareja, hijos(as), estudio, etc., por lo que no les es posible mantener una comunicación diaria.

También un 10,2 % se comunica mensualmente, lo que muestra que existe una cantidad de hijos(as) que no están muy ligados(as) a la PAM, no sienten obligación moral por su cuidado aun viviendo en el mismo hogar o por alguna razón vive fuera y

se comunica aisladamente, elementos que coinciden con lo señalado por Barros y Muñoz (2001) y la OPS (2004).

De igual forma, siguen los que en 6,5 % señalaron que no se comunican con la PAM, esto puede deberse a que han vivido rupturas en esas relaciones con su núcleo familiar y le muestran indiferencia con el pasar del tiempo y puede llevar a otro tipo de situaciones.

Desde el punto de vista gerontológico, según lo expresaron Melgar y Penny (2012), se toma en cuenta el núcleo familiar como el apoyo fundamental para crear el entorno más favorable para la convivencia con las PAM.

En la presente investigación se encontró que los parientes más cercanos a la PAM son los(as) hijos(as), aspecto importante por tomar en cuenta para la planificación estratégica de programas dirigidos a esta población en el futuro, debido a la reducción de la natalidad.

Como consecuencia, se da la disminución de hijos por pareja, por lo que se insta al ente rector a crear nuevas estrategias de gestión del apoyo familiar desde la infancia y juventud mediante la educación y desarrollo de capacidades de las familias para generar nuevas formas de ayuda a la PAM.

### **Comunicación con los(as) amigos(as)**

Según la Figura 28 el porcentaje de comunicación de un 37 % diario con los(as) amigos(as) muestra la importancia de la red social que crea la PAM en su entorno, con relaciones comunes de amistad que sostiene la estima social y le da un sentido de pertenencia a un grupo donde da y recibe acciones importantes para su crecimiento humano.

Es imprescindible que la familia apoye a sus personas adultas mayores para que participe en actividades sociales de su grupo etario, generando grupos de pares con los que se pueden sentir mejor identificados, así como para que puedan colaborar con la comunidad mediante su experiencia, sabiduría, conocimiento y habilidades para engrandecerla. Es notable el lugar que ocupan los(as) amigos(as)

para la PAM, que ubica su importancia en un nivel superior al de sus hermanos(as) con un 28,7 % de comunicación diaria y a primos(as) con un 13 %, red que para los hombres se va reduciendo conforme se van alejando de su centro laboral donde han creado sus principales relaciones.

Mientras tanto, la persona adulta mayor mujer, que por su función mayormente doméstica ha creado a su alrededor una estructura de amistades más estables y que permanecen en el tiempo, lo que le sirve para comunicarse y mantenerla más amplia en su vejez, según estudio de la OPS (2004), donde no solo menciona su red de amigos(as), sino las difíciles condiciones económicas que enfrenta en su etapa de adultez mayor porque no ha tenido un trabajo que le permita cotizar para una pensión fruto de su desempeño laboral fuera de casa.

#### **Comunicación con sus hermanos(as)**

En cuanto a estos resultados, la comunicación con los(as) hermanos (as) ocupa un tercer lugar para la PAM de la zona investigada, ya que un 28,7 % se contactan diariamente, un 13 % semanalmente, un 17,7 % mensualmente y, finalmente, un 14,8 % anualmente. Se puede entender, entonces, que la PAM no es dependiente del apoyo familiar con los hermanos, aunque crecieron juntos con valores y lazos fuertes en su juventud, una vez que crearon su propia familia, se dedicaron a la crianza de los(as) hijos (as) como prioridad, separándose por mantener su hogar. Los amigos, como se mencionó anteriormente, son significado de redes de apoyo que dan soporte social, participación y crecimiento mutuo, que si es vital para la salud psicológica de la PAM.

#### **4.2.6 Análisis de resultados de la Escala de Satisfacción de la Vida**

La Escala de Satisfacción de la Vida fue creada por Deiner, Emmons, Larsen y Griffin (1985, citados por Cabañero et al., 2004). Se trata de la percepción personal de satisfacción de la vida en su dimensión mental, social y física. Se analiza en este

caso la percepción que posee la persona PAM de su vida, la construcción de relaciones familiares y, finalmente, lo que ha logrado a través de su vida.

La escala se aplicó de entrada a las personas adultas mayores, sin que hubiera ningún prejuicio o autopreparación para dar las respuestas, lo que se toma como una información limpia y espontánea.

Consta de cinco afirmaciones, las cuales son valoradas por la PAM en estudio con valores del 1 al 7, siendo el uno «totalmente en desacuerdo», dos para «en desacuerdo», tres para «ligeramente en desacuerdo», cuatro para «ni de acuerdo ni en desacuerdo», cinco «ligeramente de acuerdo», seis para «de acuerdo» y, por último, siete para «totalmente de acuerdo».

Las afirmaciones investigadas son:

1. El tipo de vida que llevo es el que siempre soné.
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.
4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.
5. Si tuviera que vivir de nuevo mi vida me gustaría que todo volviese a ser igual.

A tales afirmaciones las personas adultas mayores tomando en cuenta los rangos de edad manifestaron lo siguiente:

A la afirmación «el tipo de vida que llevo es el que siempre soné», según la Figura 32, las personas adultas mayores están de acuerdo (47,2 %), lo que es relevante porque en la madurez de la vida aprecian riquezas que no tienen necesariamente valor económico, sino emocional y familiar, al contar con apoyo de su familia en comunicación diaria con expresiones afectivas de sus hijos(as), apoyo en sus crisis de salud y además que percibe que ha logrado la expectativas que esperaba de la vida.

El 12 % está de acuerdo que su vida es la que siempre soñó y un 10,2 % ligeramente de acuerdo, por lo que si se suman los porcentajes de las respuestas positivas se obtiene un 69,4 % de PAM que tiene una percepción de satisfacción de



su vida soñada, logrando sus tareas con los(as) hijos(as), salud, trabajo, amistades y valores espirituales.

Las condiciones de vida de la persona adulta mayor durante su crianza le fueron enseñadas en otro contexto de tiempo donde la pobreza, la discriminación, la violencia, el maltrato y el abandono eran comunes, por lo que al mejorar sus condiciones con el tiempo perciben que alcanzaron sus expectativas.

Sin embargo cerca de un 19 % no está de acuerdo con la afirmación de que su vida es la soñada, porque han tenido experiencias difíciles como lo expresó la Estrategia Europa 2020 que tiene por objetivo

garantizar la cohesión económica, social y territorial, a fin de aumentar la conciencia y reconocer los derechos fundamentales de las personas que sufren pobreza y exclusión social, permitiéndoles vivir con dignidad y participar activamente en la sociedad.

Entre los grupos de personas que han de ser objeto de especial atención, por presentar riesgos particulares de exclusión social, se encuentra el de las personas mayores (MSSSI, 2017, p. 32).

Problemas que, posiblemente, experimentaron las personas adultas mayores consultadas y por lo que no consideran que su vida sea la soñada en su adultez mayor, lo que motiva a cohesionar el aspecto económico, social y territorial para concientizar sus necesidades y derechos.

Relacionado con la siguiente afirmación «las condiciones de mi vida son excelentes» la Figura 33 muestra que un 45,4 % está totalmente de acuerdo, 15,7 % de acuerdo y un 10,2 % ligeramente de acuerdo, por lo que se comprende que la PAM consultada percibe como excelentes sus condiciones en los factores determinantes para el bienestar de su vida.

Una calidad de vida excelente

está asociada con factores sociales, económicos y afectivos, que influyen sobre su posibilidad de enfrentar la vejez en forma sana y activa. Desde la perspectiva de los adultos mayores sus principales problemas están relacionados con la falta de dinero y la soledad (OPS, 2004, p. 18).

Los aspectos económicos son determinantes sociales de la salud y que en su mayoría dependen de estructuras políticas del Estado, mientras que el aspecto afectivo está muy ligado al vínculo familiar y redes sociales con que cuenta la PAM, relaciones amigables con las que sostiene lazos tanto con sus hijos(as) como con sus amigos(as) en la zona investigada.

Se tiene que aproximadamente el 25 % de la PAM interrogada no percibe sus condiciones de vida como excelentes, pues como se ha analizado con anterioridad, existe un porcentaje que no sostiene relaciones amigables con su familia, pues no se comunican y esto presenta dificultades para apoyarles.

Por su parte, según la investigación existen personas adultas mayores que consideran tener necesidades no satisfechas, especialmente las mujeres en el área emocional, tareas y económicas, mientras que los hombres consideran algunas necesidades no satisfechas en el aspecto laboral, económicas e intelectuales. Por esta razón se entiende que un porcentaje considerable de la PAM no acepte como excelente sus condiciones de vida actual.

A la afirmación «estoy satisfecho(a) con mi vida» las PAM, opinaron que están totalmente de acuerdo en un 60,2 %, de acuerdo un 13 % y un 5,6 ligeramente de acuerdo, lo que suma un 78,8 % de percepción positiva de su vida (ver Figura 34) Esto refleja que en la zona investigada la mayoría se siente a gusto con el afecto que recibe, el apoyo de la familia, las condiciones materiales, atención de salud y entornos, que contribuyen a que la impresión de satisfacción se manifieste como que tienen una buena vida.

Se cuenta con aproximadamente un 21 % de PAM que no están de acuerdo con la afirmación y parte de la muestra también señaló lo mismo con respecto a las afirmaciones anteriores y a la presente, porque encuentra en las políticas, instituciones y sociedad que sus necesidades no son satisfechas y que el ente rector necesita crear políticas que las supla, así como oportunidades de trabajo compartido con la pensión, habilidades tecnológicas o TIC, adaptación de productos y servicios a sus requerimientos, atención oportuna y de calidad desde los servicios de salud,

transporte e infraestructura de acuerdo con sus necesidades y capacitación continua que los habilite para los cambios climáticos, ambientales y sociales (OPS, 2004).

Con respecto a la afirmación «hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida», un 51,9 % dice estar totalmente de acuerdo de haber conseguido todas las metas que en algún momento se planteó, a pesar de las limitaciones que el contexto le sugiere (ver Figura 35).

En cuanto a la afirmación «Si tuviera que vivir de nuevo mi vida me gustaría que todo volviese a ser igual», las personas adultas mayores consultadas respondieron en un 46,3 % estar totalmente de acuerdo, un 13,9 % de acuerdo, 12 % ligeramente de acuerdo, 2,8 % ligeramente en desacuerdo, 5,6 % en desacuerdo y en 10,2 % totalmente en desacuerdo (ver Figura 36).

Es necesario haber experimentado una vida agradable y satisfactoria para aceptar que estaría de acuerdo en repetir la experiencia que le brindó plenitud de vida. Entre los porcentajes positivos de la afirmación se tiene un aproximado de 72 % de personas adultas mayores que estarían en disposición de repetir su vida, lo que indica que la PAM ha disfrutado de condiciones aceptables de vida que le han dado satisfacción.

Coincide esta respuesta con un porcentaje similar de PAM que se sienten queridos, que sostienen relaciones amigables con la familia, que se comunican a diario con sus hijos(as) y que experimentan apoyo familiar, lo que explica la importancia e influencia de entornos agradables, positivos, seguros para su calidad de vida.

Los entornos favorables y acciones de apoyo son los que pueden causar un envejecimiento activo y satisfactorio, como lo expresa la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de la Vida del 2017-2020 que plantea cinco ejes, de los cuales los numerales 2 y el 3 apuntan:

- Eje 2: Entornos saludables que favorezcan el envejecimiento
- Eje 3: Servicios socio sanitarios para responder a las necesidades de las personas mayores desde un enfoque de curso de vida (OPS, 2018, pp. 53-55).

Del eje 2 se puede señalar que el determinante de entornos saludables, incluye espacios de convivencia adaptados a todas las personas y entre estos la convivencia familiar desempeña un rol fundamental para la animación emocional de la PAM en la continuidad de su vida apoyándoles a adaptarse a cambios físicos, emocionales, sociales, económicos, etc., mientras «envejecen en casa», donde pasan la mayor parte de su tiempo.

Una convivencia familiar amigable fortalece la estima, el sentirse querido y valorado, con participación en las decisiones, que le da habilidades y herramientas para enfrentar las limitaciones externas con sus contactos o con las redes sociales de su comunidad.

Por ese motivo, es necesario que se establezca una política que fortalezca el apoyo familiar que nutre el principal entorno de envejecimiento saludable «en casa» de la PAM. Este eje también requiere adaptar las estructuras de parques, servicios, transporte, TIC, empleos parciales, capacitación continua, «diseño universalizado», pensiones justas, instrumentos jurídicos rápidos de protección de la violencia y derechos, capacitación del empleado y atención sanitaria contextualizada a las necesidades diferenciadas de la PAM, organización de voluntariados mixtos con jóvenes y adultos mayores y crear espacios de participación en la creación de políticas y programas que emerjan del Estado.

El eje 3 necesita una respuesta social desde el ente rector que lo accione con capacitación continua al recurso humano que sirve a la PAM, así como la planificación estratégica con visión desde la Promoción de la Salud que aproveche oportunidades potenciándolas para capacitar a la familia y a la sociedad sobre el afrontamiento del cambio demográfico.

Por consiguiente, una política necesita implementar el desarrollo de habilidades y herramientas a la familia y a la PAM, para el autocuidado (OMS, 1986) como núcleo familiar y como individuo, que aprendan a convivir con los mayores, tolerando las diferencias de contextos de crianza, valores, prácticas de vida, prioridades, educación, laborales, recreativas, etc. (MSSSI, 2017).

Como parte de las funciones del ente rector en el desarrollo de un enfoque desde la Promoción de la Salud, debe prever el riesgo de enfermedad, disfuncionalidad, maltrato y soledad de la PAM de la zona, estimulando su salud, activación, participación y satisfacción de vida, con educación que la autorresponsabilice y a su familia en el control de su salud y sus relaciones con el entorno.

Como lo plantean las PAM entrevistadas, la concientización en el proceso de cambio demográfico y el «envejecer en casa» de las personas adultas mayores requiere un proceso social de sensibilización a infantes, jóvenes y adultos en escenarios laborales, educativos, institucionales o comunitarios, y la capacitación a la familia, a los actores sociales y la sociedad sobre la multiplicación de valores como los que se practican en la Zona Azul de Nicoya en Costa Rica, alcanzando la articulación con gobiernos locales, la promoción del compromiso, el respeto a los derechos, entre otros, acciones que se deben respaldar con una política sensible a las PAM y sus necesidades.

Un porcentaje cerca del 17 % de personas adultas mayores, sin embargo, manifestaron que no están dispuestas a repetir su vida si volvieran a vivir, lo que evidencia que su experiencia de vida no ha sido agradable, parte de ella sugiere que el Estado no suplió las habilidades y herramientas para que tanto ellas como sus familias pudieran superar el vacío formativo que afectó su vejez.

En España y otros países están creando una estrategia de envejecimiento que provea desde el Estado la política y compromiso de proteger a la PAM ante sus vulnerabilidades y que se le facilite desde el entorno y servicios mejores condiciones de vida. Los Estados están ante un reto que necesitan atender prontamente, para lo cual unifican criterios sobre lo que demanda este grupo etario para mejorar su calidad de vida:

En la Escala de Satisfacción de Vida, si se observa la Figura 37, sobre la percepción más alta en la opción «totalmente de acuerdo», tomando en cuenta el sexo, se encuentra una diferencia significativa en la afirmación «estoy satisfecho con mi vida», con un porcentaje máximo de 55 % para las persona adulta mayor mujer y

66,7 % para el hombre, donde se muestra que la mujer presenta una diferencia de un 11,7 % menos de satisfacción de vida con respecto al hombre, probablemente por las pocas oportunidades de educación, pensión, empleo e independencia, además de sufrir más enfermedades.

Para la mujer adulta mayor la vida ha sido más difícil, dado el sistema social y político que no ha creado políticas con enfoque de género, lo que ha permitido la discriminación hacia ellas, que se mantiene aún en la actualidad como se muestra en el siguiente comentario:

Las mujeres son las más perjudicadas en épocas negativas y se recuperan más lentamente en las fases de crecimiento. Por ejemplo, entre el segundo trimestre de 2015 y el tercero de 2016 la fuerza de trabajo disminuyó en 75.102 personas, de las cuales 52.330 eran mujeres (Programa Estado de la Nación, 2015, p. 81).

Por tal razón se requieren nuevas políticas con cambios necesarios contra la discriminación de la mujer en todas las oportunidades de realización y estas deben considerarse al tratar de introducir una política para la persona adulta mayor de ambos sexos, con el fin de abrirle puertas de igualdad y desarrollo.

En el análisis comparado de los valores mínimos (1, 2) y los dos máximos (6, 7) de la Escala de Satisfacción de la vida que demuestra la Figura 38, se tiene que la afirmación «Estoy satisfecho con mi vida» es la que presenta los extremos, donde en los valores mínimos el 9,3 % es el más bajo que se presentó, mientras que el valor más alto de respuesta fue un 73,1 % de máxima satisfacción de vida. Con base en estos resultados, se puede entender que hay una mayoría de PAM satisfechos con su vida, mientras que cerca de un 10 % declararon estar totalmente en desacuerdo con esa afirmación, ya que no fueron capaces con las herramientas provistas por el Estado y sus habilidades de alcanzar la satisfacción de vida en su vejez.

En cuanto a la relación sexo-satisfacción de vida, la mujer adulta mayor encontró en el enunciado «estoy satisfecho/a con mi vida» un mínimo 8,3 %, mientras que el máximo fue de 70 % (ver Figura 39), demostrando que la afirmación más atendida al consultar a la mujer fue la vida satisfactoria, presentándose el logro alcanzado durante su vida.

Para el hombre adulto mayor la afirmación que obtuvo menor valor fue «hasta ahora he conseguido todas las cosas importantes que quiero», lo que indica la frustración que es para él no conseguir los logros que quiere, mostrando un porcentaje bajo de un 8,3 % que no alcanzaron sus metas, y obtuvo un máximo porcentaje en «estoy satisfecho con mi vida» con un 77,1 %, resultado que aporta una mejor percepción de su vida con respecto a la mujer, esto justificado con hombres en adultez mayor acompañados con los que tienen pensión, que son más que las mujeres, el hombre padece menos de enfermedades, disfruta de mayores oportunidades de trabajo y educativas, de mejor salud mental y de mayores opciones para desarrollar actividades económicas en su adultez que las mujeres.

La Escala de Satisfacción de Vida, según rango de edad, presentada en la Figura 40, arroja resultados sorprendentes al presentar en todos los rangos una respuesta mayor a 4,5 en cada afirmación consultada. Se debe especificar que en la Tabla 41 se elabora un promedio de valores de respuesta para cada rango de edad, siendo el de 75 a 79 años el que presentó los resultados más altos de satisfacción de vida entre 6 y 7.

Este rango de PAM que nacieron bajo la administración presidencial de León Cortes Castro (1936-1940), Teodoro Picado (1940-1944), Rafael Ángel Calderón (1944-1948), Otilio Ullate (1949-1953) y José Figueres Ferrer (1953-1958), quienes realmente se preocuparon por el desarrollo de las personas, vivieron sus primeros 20 años bajo gobiernos transformadores de la educación, garantías laborales, inicios de la transformación de la salud, ejemplos de políticas que llevaron respuesta social a la población que perduró brindando bienestar hasta su vejez, y dió como resultado personas adultas mayores satisfechas con su experiencia de vida. Esto explica la influencia positiva de una política pública creada a tiempo, que caló en la sociedad aun después de muchas décadas, Modelo de Promoción de la Salud de ese tiempo que previó bienestar para la población costarricense hasta la senectud.

#### **4.2.7 Análisis desde el Enfoque de la Promoción de la Salud, los determinantes, oportunidades, limitaciones, acciones, actores sociales y entorno**

El Enfoque de Promoción de la Salud «provee herramientas a la población para resolver sus problemas, desarrollando capacidades individuales y colectivas» (OMS, 1998). Consiste en «proveer a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud, y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social» (OMS, 1998).

Desde este enfoque el abordaje de la salud parte de determinantes que condicionan la vida y salud de las personas desde que nacen, crecen y envejecen, por lo que es necesario que desde el ente rector surjan las políticas que potencien oportunidades que puedan cambiarlos, ya que son «la causa de las causas» de la salud y bienestar de la PAM.

El Estado desde el ente rector de la salud está obligado a facilitar que se den favorablemente dichas condiciones, con el fin de que la población alcance el mayor bienestar posible de su salud mental, física, económica y social (OMS, 1986), empezando por la creación de políticas, que funcionen como determinantes estructurales del Estado, y a partir de esto controlar la salud en las poblaciones y comunidades transformando los demás determinantes.

Desde esta perspectiva, el apoyo familiar al adulto mayor tiene relación con determinantes estructurales como las políticas públicas (Barros y Muñóz, 2001) que garantizan el derecho a la salud y habilidad para enfrentar los cambios familiares que suceden con el envejecimiento. Sin embargo, los sistemas de salud no cuentan con planes, programas y proyectos (Cepal, 2005), dirigidos a la capacitación de las familias para apoyar a sus adultos mayores y se dejan de lado su vulnerabilidad.

El ente rector debe prepararse debido

Al cambio demográfico que plantea retos para las finanzas públicas: se espera que a partir del año 2018 finalice la etapa de “dividendo fiscal”, lo cual significa que crecerá más rápidamente la proporción de personas que demandan servicios públicos, atención de la salud y pensiones, que los contribuyentes



potenciales, y además, se proyecta que para el 2070, los jóvenes menores de 18 años representarán solo un 18% del total. El bono demográfico de Costa Rica inició en 1970 y se espera que finalice en 2025. A partir de ese año, comenzará una etapa de “antibono fiscal”, en la que aumentará más rápidamente la proporción de personas que demandan pensiones y atención de la salud, que los contribuyentes potenciales (Programa Estado de la Nación de Costa Rica, 2015, pp. 51, 53).

Ante este panorama demográfico el Estado debe establecer políticas públicas innovadoras que preparen a la población, especialmente las familias, para desempeñar un rol de convivencia amigable con la persona adulta mayor que «envejece en casa». Como ha señalado la Cepal (2005) no existen recursos, infraestructura ni recurso humano capacitado que pueda hacer frente a tal situación, ya que habrá menos contribuyentes y mayor demanda de atención para la PAM.

Por ello el objetivo de la presente investigación fue identificar características de la PAM de la zona, caracterizar el apoyo familiar que recibe y plantear una propuesta de política desde el ente rector que fortalezca este abordaje como estrategia de su protección y cuidado, que le asegure mejor calidad de vida, aceptable culturalmente (Puga et al. 2007) y de bajo costo para el Estado.

Para lograrlo se requiere, de acuerdo con los resultados de esta investigación, un cambio en determinantes desde las esferas políticas más altas hasta llegar al núcleo familiar y a la PAM de cada hogar. Según Amartya Sen (1999, citado en Programa Estado de la Nación de Costa Rica, 2015):

Para que las personas puedan desplegar esas capacidades, requieren a su vez una serie de oportunidades, entendidas como las condiciones básicas que les permiten o no la consecución real de metas valiosas para ellas. Se trata entonces de posibilidades para “ser y actuar”, sin que esto sea afectado por factores externos como lugar de nacimiento y de residencia, sexo, edad, origen étnico o condición socioeconómica (p. 76).

Esto referido a determinantes estructurales que deben permanecer activos para el alcance de las metas de la PAM.

*Determinantes estructurales:* son aquellos que producen estratificación social, entre ellos el económico, educativo, ocupación, clase social, género y etnia.

Con respecto al determinante económico se encontró que la mayoría de PAM consultadas posee pensión, en mayor porcentaje los hombres.

Dado que el desarrollo de las personas depende en mucho de la «expansión de capacidades e igualdad de oportunidades» (Programa Estado de la Nación, 2016, p, 76), que le permite a la población producir cambios en sus ingresos, incremento en sus capacidades y, por ende, mayores oportunidades de empleo y producción económica, el ente rector debe plantear políticas que abran la ventana de capacitación y de empleo parciales, diferenciadas para las PAM, ya que las pensiones, generalmente, son limitadas y reducen su poder adquisitivo con el tiempo.

Como manifiesta Amartya Sen (1999, citado en Programa Estado de la Nación de Costa Rica, 2015):

el bienestar de las personas, entendido como “la libertad real que éstas [*sic*] tienen para conseguir el tipo de vida que valoran razonablemente” la idea de capacidades remite a libertades reales que tienen los individuos para hacer o lograr las cosas que valoran (funcionamientos concretos), para lo cual es indispensable disfrutar una vida larga y sana, desarrollar destrezas, tener conocimientos e ingresos, y vivir libre de amenazas a la integridad física y patrimonial (p. 76).

Amartya plantea la educación como elemento requisito que produce cambio en la calidad de vida y logros de las personas longevas y sanas. Este determinante educativo descubre habilidades y destrezas que le ofrecen un abanico de posibilidades a la PAM para inventar nuevas formas de vida, de producción, adaptabilidad, autocuidado y consciencia.

El enfoque de género en la educación es un determinante crucial para la seguridad y protección de la mujer en su vejez, hay que recordar que, generalmente, son las cuidadoras y las que menos pensión poseen. Integrar a la mujer al servicio público es una estrategia conveniente para el Estado (OPS, 2004), porque le asegura ingresos económicos, mejor calidad de vida y salud en su vejez, y el establecimiento

de redes de apoyo social que le evitarían la soledad en su adultez, aunque, frecuentemente, no cuenten con un compañero a su lado.

El determinante de clase social tiene que ver con hábitos de consumo y accesibilidad a los diferentes servicios, a la seguridad en el entorno, a relaciones específicas, a la comodidad y disfrute de una vida material y recreativa determinada. El entorno determina la clase social y la cultura de vida del barrio donde se vive, así como la calidad de atención sanitaria, tipo de educación y servicios de agua, electricidad, saneamiento, TIC, desarrollo de habilidades y como consecuencia ocupación laboral.

La función del ente rector es «dirigir esfuerzos y recursos de los actores sociales, hacia el desarrollo de los factores protectores, determinantes y condicionantes que generan y fortalecen la salud de la población» (MS, 2017, p. 22). Esto significa invertir recursos para desarrollar factores protectores como el apoyo familiar que, dirigido positivamente, genere calidad de vida a la PAM y que, en ejercicio de su rol rector, estas condiciones se puedan modificar con políticas que busquen el buen vivir de la población, dando como fruto de su gestión personas adultas mayores más sanas, capaces y felices dentro de su cultura y prácticas comunes.

*Determinantes intermedios:* Entre los determinantes intermedios que se encontraron en la investigación, están las condiciones materiales dadas por sus ingresos económicos que en más de la mitad de la PAM dependen de la pensión; algunos trabajan informalmente y un 30 % no trabaja por falta de oportunidades laborales parciales, en las que no sufre rebaja en la pensión por el ingreso extra, ya que al país le conviene que haya cada día más PAM que coticen y contribuyan con impuestos al desarrollo de los planes gubernamentales.

Además, las PAM hombres no encontraron satisfechas sus necesidades intelectuales, pues hallan pocas posibilidades de triunfar en sistemas educativos para infantes y jóvenes que no se han «universalizado» para que los adultos los aprovechen.

La capacitación continua la recomienda la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo de España (MSSSI, 2017), para desarrollar nuevas destrezas o «expansión de capacidades», que puede atraer a la PAM a estar ocupada en voluntariados, servicios sociales, política, trabajo parcial u otras ocupaciones que le ofrecen «igualdad de oportunidades», política estatal que se convierte en necesidad para la persona adulta mayor investigada, pero también en las zonas rurales del país.

El entorno físico es relevante para la PAM que disfruta el salir al barrio a encontrarse con sus amigos(as) e intercambiar experiencias con sus pares. La adaptación de infraestructura en la zona no está adaptada, por lo quebrado del terreno, con aceras angostas, partidas y escaladas, así como las gradas del parque, lo que le dificulta el libre tránsito con seguridad.

La OMS (2015) invitó a los Estados a comprometerse a crear «Ciudades globales amigables con el adulto mayor», compromiso que adquirió el cantón de Escazú declarado ciudad 100 % amigable con la persona adulta mayor, lo que le compromete a cumplir adaptando los requerimientos de infraestructura para estas personas de la zona. En cuanto a entornos seguros, el cantón de Escazú es de avanzada al instalar cámaras y vigilancia por la ciudad, con el fin de brindar espacios seguros a la comunidad y a la PAM, inversiones que ha llevado a cabo el gobierno local.

También, el ente rector ha hecho esfuerzos por crear la Red de Adultos Mayores del cantón, proceso que se ha realizado con actores de la zona y que ha culminado con éxito en el 2018. Esta red ofrece una serie de beneficios a la población mayor, sedienta de organizaciones que se ocupen de su bienestar y el de sus cuidadores, aprovechando el abundante tejido social de la comunidad, por lo que el entorno es apropiado para su disfrute.

*Determinantes individuales:* Entre estos se encuentra el biológico que tiene que ver con la presencia de enfermedades físicas que afectan a la PAM de la zona como las cardiovasculares, presión alta y diabetes, principalmente. Sin embargo, según el

estudio, un 20 % de los consultados declararon no sufrir de ninguna enfermedad. Desde la Promoción de la Salud el estímulo a participar en actividades físicas y recreativas trae beneficios físicos, pero también mentales, para dar sentido de pertenencia y crear redes de apoyo sociales con las que comparte la PAM que, según los resultados de esta investigación, después de los hijos, con quien más comunicación sostiene, son los amigos, lo que demuestra la importancia de estas actividades.

En la investigación, la PAM consultada consideró, en su mayoría, que son queridos y aceptados por sus familiares, que comparten los problemas internos del núcleo familiar y que participan en la toma de decisiones. Además, que las relaciones entre sí son muy amigables, que reciben atención máxima de sus parientes cuando están enfermos y que una gran parte se comunica con sus hijos (as) diariamente. Se encontró que las mujeres presentan problemas mentales, sufren más de soledad por la viudez en su avanzada edad, disponen de menos recursos económicos y poseen más baja escolaridad.

El entorno familiar, según este estudio, es donde la PAM recibe el apoyo de su familia, debe ser armonioso, amoroso, que según las personas consultadas obtienen acompañamiento, ayuda en tareas, compra de medicamentos y que los hijos son los que más aportan económicamente para sus necesidades materiales, que existen valores en el seno de la familia como la solidaridad, la tolerancia, el respeto, el amor, la espiritualidad, que dan estima y felicidad a su vejez.

No obstante, con todo el amor que recibe, la familia tiene vacíos y limitaciones que les dificultan integrarse a plenitud para apoyarla, porque no entienden el cambio que sucede en lo interno del núcleo familiar, consideran que les falta capacitación, conocimiento, tiempo; enfrentan dificultades de abandono laboral, económicas, cansancio extremo, conflictos familiares y recarga de trabajo, a veces, sobre una sola persona de la familia.

La PAM reconoce la necesidad de sensibilizar a infantes, jóvenes, adultos, instituciones, servidores públicos, escenarios laborales y sociedad en general sobre cómo aprender a convivir amigablemente con la PAM, con el fin de que se integren

para apoyarla en sus vulnerabilidades y a mantener a lo largo de su vejez la funcionalidad, la autonomía, independencia y respeto a sus derechos y a los de la familia.

Por tanto, la investigación presenta la propuesta de la creación de una política de apoyo familiar como estrategia de envejecimiento saludable que contribuya a que la PAM pueda «envejecer en casa» en un entorno rodeado de afecto, valores y principios comunes, que le permitan vivir en plenitud y satisfacción de vida.

Como base en el Enfoque de la Promoción de la Salud que la define «como un proceso integral, transformador, dinámico, potencializado, de análisis, y trabajo articulado con actores sociales para el abordaje de los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen, desde una visión positiva, la salud de la población», lo que significa articular los actores y recursos para este fin y «aprovechar las condiciones favorables y las oportunidades que contribuyen a la protección y fortalecimiento de la salud» (MS, 2017, p. 18)

Es fundamental que el ente rector cree políticas de respaldo que se implementen bajo su dirección para que, según el Ministerio de Salud (MS, 2017, p. 19) las relaciones intergeneracionales, la convivencia pacífica, el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales, emocionales, sociales y ejercicio de derechos y deberes de la PAM cubran los vacíos afectivos y familiares que no se incluyen en la estrategia nacional y que se ejecuten correctamente produciendo cambios profundos en la familia y sociedad, que fortalezcan el envejecimiento saludable para las generaciones venideras de PAM como lo propone la presente investigación.

#### **4.2.8 Acciones enfocadas desde la Promoción de la Salud sugeridas al ente rector**

Entre las acciones que puede incluir el ente rector desde el enfoque de la Promoción de la Salud en la creación de una política de apoyo familiar se sugieren las siguientes:

- Crear una política pública que fortalezca el abordaje del apoyo familiar como estrategia de la Promoción de la Salud, que desarrolle habilidades y herramientas a la familia y a la PAM en el manejo y conocimiento del proceso demográfico y social que enfrenta el núcleo familiar como el entorno más cercano al adulto mayor, que le debe proveer afecto, valores espirituales, lazos comunes y seguridad para «envejecer en casa» en convivencia amigable.
- Por la importancia que su rol ocupa en la calidad de vida de la PAM tal política debe incluir desde los derechos humanos a la familia

Como unidad compleja que incluye la dualidad persona/familia, que representa la dinámica contemporánea de la familia en su pluralidad y diversidad, con sus desafíos, fortalezas y debilidades, representante e interlocutora de sus integrantes en la vida privada, y agente de articulación con la esfera pública, eso es con el Estado y la sociedad (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012, p. 13).

- Esta política debe incluir procesos educativos que incrementen las relaciones afectivas y de acompañamiento a la PAM, con base en el respeto mutuo de derechos individuales y grupales, que resulten en la unidad y convivencia amigable en sus dificultades y éxitos.
- El enfoque de género es fundamental para lograr equilibrio entre la «expansión de capacidades» e «igualdad de oportunidades», que aporte a la PAM mujer mejores condiciones laborales, educativas, recreativas, de descanso, seguridad económica, acceso a servicios y derecho a pensionarse con un ingreso justo que le dé independencia y una vejez digna.
- La política debe incluir la promoción de la igualdad, para prever la discriminación a la PAM.
- Promover y educar sobre autonomía, funcionalidad y autocuidado de la PAM y su familia.
- Promover el envejecimiento activo de los miembros del núcleo familiar, que abra opciones de desarrollo a todas las edades, dado que el envejecimiento se vive

desde que se nace; y a mejores prácticas de vida de la familia, mejor calidad de vida en la vejez.

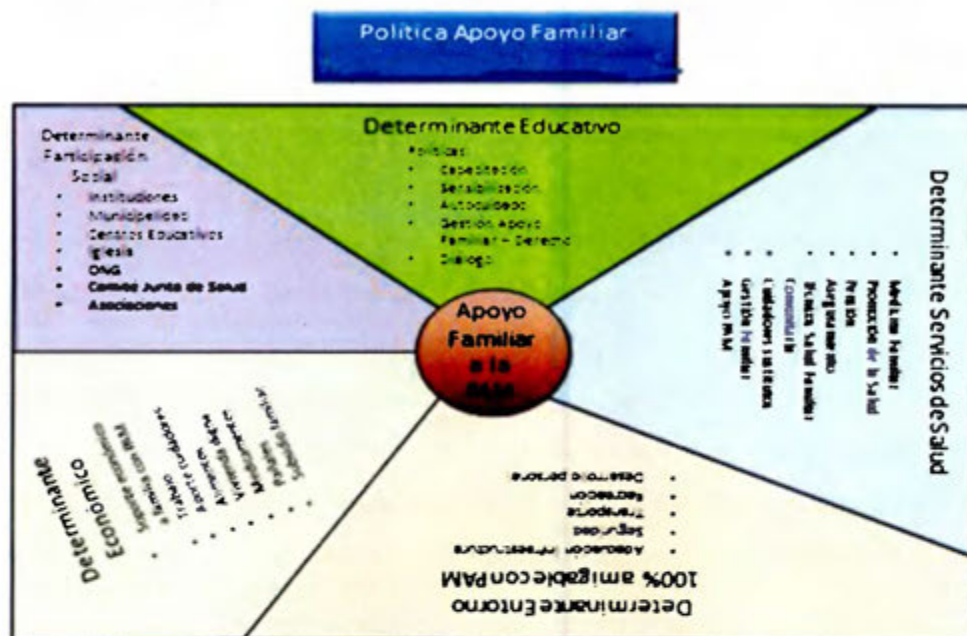
- Promover la salud mental, especialmente en la mujer, con el fin de que disfrute de ocio, recreación y descanso, y así prever el riesgo de enfermedades mentales.
- Promocionar, a nivel familiar y comunitario, a personas mayores de 30 años, el tamizaje de salud mental, presión arterial, triglicéridos, colesterol, peso y talla, visual, bucal, oído, empleo y relaciones familiares, y así apoyar al miembro de familia que presente alteraciones antes de que aparezca el riesgo.
- Capacitar a cuidadores en el autocuidado y tamizaje oportuno de su salud.
- Enfatizar en la Medicina Familiar como carrera profesional que instruya a la familia como grupo de personas de convivencia común.
- Crear una carrera técnica de capacitación en envejecimiento saludable a cuidadores como recurso humano socio sanitario, abriéndolo como espacio laboral regulado e indispensable en la promoción de la calidad de vida de la PAM.
- Abrir espacios de capacitación continua para las PAM, con el fin de que puedan integrarse al desarrollo del país con actividades económicas que aumenten sus ingresos aun después de pensionarse y pueda cubrir sus necesidades y mantenerse funcionalmente activo(a).
- Crear un banco de ofertas laborales para la PAM con tiempos parciales de trabajo, para proteger su salud y bienestar.
- Crear una política que regule lugares de estancia llamados *Solución Home* donde una familia decide adoptar una PAM que vive sola o sufre violencia y la integre como parte del núcleo familiar, brindando el afecto y cuidado que necesita, por lo cual se le reconoce un aporte económico mensual. Para ello funge como mediador un representante institucional que supervisa la gestión, protegiendo siempre a la PAM en sus derechos y decisiones.
- Incluir en la política la participación de la PAM y su familia como unidad de influencia en los procesos de creación de programas y proyectos dirigidos a esta



población, donde están en juego sus necesidades y aspiraciones, en grupos de desarrollo social y políticos de la comunidad.

- Regular el «diseño universal» en el que las construcciones, servicios, educación, transporte, rampas, instalación de duchas, iluminación, tipo de pisos, parques, etc. la PAM las pueda alcanzar sin dificultad. Por ejemplo, en las universidades tomar en cuenta su experiencia de vida en los contenidos, la duración de las clases, la pedagogía utilizada por los profesores, la adaptación curricular a sus intereses, horarios, apoyo económico con beca, asesoría en el uso de la tecnología, preparación de los jóvenes estudiantes a la aceptación de la PAM sin discriminarle ni ridiculizarle, utilización de técnicas adecuadas para el aprendizaje «haciendo», tipo de sillas más adecuadas, por mencionar algunos.
- Existencia en los centros de atención de salud de cualquier nivel, de personal capacitado para atender específica y diferenciadamente a la PAM, siempre con apoyo del servicio social cuando fuere necesario.
- Involucrar la PAM, familia, comunidad, actores sociales, gobierno local, instituciones y sociedad en general en la promoción del apoyo familiar como oportunidad que merece ser potenciada para construir un envejecimiento saludable en el presente y el futuro.

Como aporte de la investigación realizada se construyó un diagrama sobre apoyo familiar que guía todos los niveles del sistema de salud, la creación y ejecución de la política sobre el tema y tome en cuenta los determinantes que se sugieren (Figura 41).



**Figura 41 Política Fortalecimiento del Apoyo Familiar desde el ente rector 2018**  
Elaboración propia con información de esta investigación, 2018.

Se insta al ente rector a invertir en la familia como lo plantea la Asamblea Mundial del Envejecimiento de 1982, en su recomendación 25:

La familia es la unidad básica reconocida por la sociedad, y se deben desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada. Los Gobiernos deben promover las políticas sociales que alienten el mantenimiento de la solidaridad familiar entre generaciones, resaltando el apoyo de toda la comunidad a las necesidades de los que prestan cuidados a los ancianos y la aportación de las organizaciones no gubernamentales en el fortalecimiento de la familia como unidad (Hernández, 2001, p. 134).

Como claramente lo cita la nota anterior, el ente rector debe crear políticas que involucre la familia y comunidad a la expresión afectiva física, oral o de otras formas que una la familia solidariamente en todas las situaciones que vive, siendo el socorro

de necesidades de la PAM y facilite el diálogo y entendimiento familiar con los valores culturales y prácticas de vida ejemplares.

### **4.3 Descripción del objeto estudiado**

El objeto de la investigación es el apoyo que recibe la persona adulta mayor por parte de la familia durante su vejez. Se perfila como una fortaleza, según Puga et al. (2007), digna de tomar en cuenta en el contexto costarricense para proteger a la PAM y que «envejezca en casa».

Según la investigación que consulta a personas adultas mayores y sus familias, se obtuvo la confirmación de que el apoyo familiar es una fortaleza que desde la Promoción de la Salud es posible potenciarla como estrategia para mejorar la calidad de vida de la PAM.

Se encuentra que la persona adulta mayor de la zona recibe apoyo familiar suficiente en lo emocional, instrumental y social para su disfrute de una «alta satisfacción de vida» y salud en un entorno familiar amigable y funcional. También se tiene que la PAM participa en las decisiones de la familia y esta le aporta tiempo, dinero, trabajo y servicios.

Asimismo, se reveló que la PAM y su familia no cuentan con las habilidades y conocimientos necesarios para afrontar la adultez mayor, por lo que se requiere de capacitación, concientización, políticas y valores que sirvan como herramientas para fortalecer el apoyo a la persona adulta mayor integrando el núcleo familiar a su cuidado y que «envejezca en casa».

Desde el ente rector se pueden dirigir lineamientos que de manera transversal articulen a las instituciones y servicios de salud para que intervengan tanto en las familias como en la PAM directamente, de manera que se conciente y capacite a la familia, la comunidad y la sociedad para que reconozcan la necesidad de apoyar una convivencia amigable, recíproca, de respeto y solidaridad, que les cree entornos saludables y a su núcleo familiar.

Por tal motivo se construye una propuesta que provea una oportunidad para potenciar el apoyo familiar a la persona adulta mayor, desarrollando el componente de la Promoción de la Salud que mejore su calidad de vida, mediante una política pública.

#### **4.4 Evaluación diagnóstica**

El incremento de personas adultas mayores en Costa Rica está presionando los servicios de salud, por lo que la creación de estrategias que estimulen su permanencia en casa con ambientes amigables es muy favorable para los sistemas de salud y para estas personas. Eso contribuirá con el bienestar de esta población y equilibra la carga del Estado con la familia y comunidad para un cuidado más cercano y positivo que evitaría el colapso de los servicios sanitarios y aplicaría para la implementación de estrategias más económicas que reducirán los gastos en la atención de este grupo.

Según las palabras del doctor Román Macaya de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

Actualmente la población de adultos mayores consumió la mitad de los días cama dentro de los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto es alrededor de 400 mil personas actualmente, y se calculó que en 32 años se llegará a los 1.3 millones (Rodríguez, 2018).

De tal comentario se entiende la urgencia de crear políticas y estrategias alternativas que permitirán atención de calidad para la PAM «en su casa», evitando sus salidas para hospitalizarse.

Dados estos antecedentes y la necesidad de contar con acciones en el nivel local de atención de la salud, emerge la importancia del presente proyecto que investiga sobre las condiciones en que viven las personas adultas mayores de Escazú, por esto se trata de caracterizar el apoyo familiar que recibe este grupo de personas y, posteriormente, con base en los datos se hace necesario plantear una propuesta que desde la promoción de la Promoción de la Salud ofrezca una respuesta para el ente rector, dirigida a mejorar la calidad de vida de la PAM en su

hogar. Para lograr los objetivos de la propuesta se presenta un proyecto que será la contraparte en la realización de este estudio.

#### **4.5 Plan de acción**

##### **Propuesta: Formulación de la Estrategia «Azulado por Amor»**

Según los resultados de la investigación realizada el apoyo familiar es una fortaleza, manifestada por personas adultas mayores y sus familias de la zona consultada.

El apoyo familiar para una convivencia amigable es una estrategia que se basa en la fortaleza y oportunidad para potenciar relaciones amigables entre la persona adulta mayor y su entorno familiar, que favorecen una mejor calidad de vida a la PAM, y que se debe impulsar desde el ente rector de la salud local.

##### **4.5.1 Objetivo general**

Formular desde el ente rector una política de fortalecimiento de apoyo a la persona adulta mayor que integre el núcleo familiar para la sana convivencia en el escenario familiar y comunal, que proteja su salud mental, física, económica y social y la de su familia, con Enfoque de Promoción de la Salud.

##### **4.5.2 Objetivos específicos**

1. Formular desde el ente rector una política que regule y potencie el apoyo familiar a la persona adulta mayor de convivencia saludable en la familia desde el Enfoque de Promoción de la Salud.
2. Socializar la política de apoyo familiar entre actores sociales, grupos organizados, familias y comunidad con Enfoque de Promoción de la Salud.
3. Asegurar la protección de la salud física, mental, económica y social de la persona adulta mayor que «envejece en casa», cobijada por el núcleo familiar.

4. Capacitar a actores sociales, familias y PAM, mediante procesos educativos sobre como confrontar el proceso de envejecimiento y la participación social para alcanzar la convivencia amigable en la familia.

#### **4.5.3 Justificación**

Algunos de los derechos humanos garantizados por la Convención Interamericana y ratificada por la Asamblea Legislativa para las personas adultas mayores referentes a la Ley N.º 7935 Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, se hacen mención en algunos de los artículos que enlazan de manera directa esta investigación con derechos de la PAM y la familia, así como las responsabilidades del ente rector de la salud en la protección, educación y bienestar que debe disfrutar la persona adulta mayor en su seno familiar.

De la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se refieren los siguientes artículos:

Artículo 7: Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.

Artículo 9, inciso g): Desarrollar programas de capacitación dirigidos a los familiares y personas que ejerzan tareas de cuidado domiciliario a fin de prevenir escenarios de violencia en el hogar o unidad doméstica.

Artículo 12: Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.

inciso iii) Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.

Artículo 19, inciso b): Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

Inciso o): Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar (OEA, 2018).

Los artículos mencionados definen las estrategias que los Estados están comprometidos a cumplir con respecto a la persona adulta mayor y su convivencia familiar, la educación y apoyo que se debe proveer al cuidador y a la familia para aumentar sus capacidades en el cuidado de este grupo de mayores.

La capacitación, el desarrollo de políticas y planes, el fortalecimiento de acciones y la implementación de estas que den las herramientas a las personas que rodean a la PAM a estar preparadas para dar atención a sus necesidades respetando sus derechos es el interés especial que presenta esta propuesta con el fin de procurar que la persona adulta mayor pueda «envejecer en casa» en un entorno conocido y seguro, con políticas que se dispongan desde el ente rector de la salud, de manera que expandan su influencia a todo el país.

También el gobierno de Costa Rica se comprometió mediante un convenio de cooperación a vigilar la Zona Azul de Nicoya protegiendo y multiplicando el estilo de vida de longevidad a los demás cantones del país, donde afirma que «este encuentro nos compromete a preservar esta Zona Azul, pero ante todo que tenga un efecto multiplicador y de enseñanza en los otros cantones del país» según expresó Ana Monge, Comisionada del Consejo Social Presidencial del Gobierno de Costa Rica (ICT, 2017).

Como bien lo apuntó Monge (citada en ICT, 2017), se enfatizó fundamentalmente en mantener y potenciar los factores protectores y, va más allá, planteando la visión de extenderlos a todos los cantones pintando de azul el país, elemento que coincidió con el Enfoque de Promoción de la Salud del ente rector.

Se presentó la necesidad y oportunidad para que el ente rector desde su función promueva una política pública para fortalecer el apoyo familiar como acción promotora de la salud y previsor de riesgo, que integre al núcleo familiar en una convivencia amigable y placentera con la persona adulta mayor y se enriquezca aún más su calidad de vida.

Tal respaldo, a raíz del compromiso del gobierno, Monge ofreció la plataforma política necesaria para que el ente rector dirija acciones hacia el Sistema de Salud que impulsen la capacitación a la población y la multiplicación de las prácticas de la Zona Azul, entre ellas el apoyo familiar, protegiendo la salud de la PAM y de la población en general (ICT, 2017).

Aunado a esta investigación se encontró que, en un estudio efectuado para la Cepal sobre la población adulta mayor, se recomendó a los Estados a recurrir al apoyo familiar como estrategia económica y aceptable culturalmente, que puede resolver el desbalance de los sistemas de salud por el aumento de la PAM en la región (Guzmán et al., 2003).

Unido a esta apertura política está el resultado de la presente investigación que recoge el aporte de las personas mayores y sus familias, confirmando los beneficios que conlleva el apoyo familiar a la calidad de vida de la PAM, y las necesidades y limitaciones que encuentran en su experiencia para potenciar esta estrategia que beneficia a todo el entorno que rodea la PAM (Apéndice A).

#### **4.5.4 Tipo de intervención**

El ente rector tiene entre sus funciones la formulación de políticas que prevean la violencia, maltrato y abandono de la persona adulta mayor. Entre sus funciones tiene la potestad para implementar políticas con Enfoque de la Promoción de la Salud que incidan en oportunidades y potencialidades para extender estrategias positivas, favoreciendo la calidad de vida de la persona adulta mayor.

Una política que estimule y promueva prácticas de vida saludables centradas en la familia como eje central que extienda transversalmente el apoyo familiar como



estrategia de convivencia amigables, causa en la PAM satisfacción por la vida, autoestima, sentimiento de realización, alegría de vivir, factores protectores para mejorar su calidad de vida.

Por lo que, como ente rector, puede formular políticas que afecten positivamente como «Ciudad amigable con la persona adulta mayor» la convivencia de la persona adulta mayor que «envejece en casa».

**Algunas características de la Estrategia «Azulado por Amor» son:**

1. Integración de actores sociales para aplicar la política, componente de alianzas estratégicas que aporta la Promoción de la Salud para que los actores sociales sean ejecutores de la política. El ente rector no cuenta con recursos humanos suficientes para hacer llegar a todos los rincones la aplicación de la política, pero sí con la competencia legal para exigir que se cumpla su aplicación. Además, tiene poder de convocatoria para reunirse con los actores sociales como instituciones, gobierno municipal, ONG, grupos organizados y comunidad, y en un proceso de capacitación comunicarle la razón de la política por implementar.
2. Socialización de la política mediante comunicado, que especifique que en toda actividad que tome un espacio para promover la política creada.
3. Empoderamiento: cada escenario institucional, comunal o familiar se involucra directamente en la práctica y multiplicación de la política en su entorno.
4. Educación para la salud promoviendo desde las áreas de salud y Ebais la capacitación de la PAM y familias sobre derechos humanos, valores, sensibilización al núcleo familiar y cómo gestionar el apoyo familiar.
5. Educación en centros educativos sensibilizando a niños y niñas, jóvenes adolescentes sobre derechos humanos, apoyo familiar y valores.
6. Sensibilización y capacitación a la PAM y su familia acerca del «autocuidado, funcionalidad y autonomía», donde cada miembro de la familia asuma responsabilidades.
7. Sensibilización y capacitación a grupos organizados de la comunidad y su empoderamiento en la implementación de la política.

8. Investigación relacionada con las familias y las PAM que no estén siendo alcanzadas por la política, con el fin de integrarlas al proceso, así como conocer sus necesidades.
9. Evaluación mediante el *sticker* «Aquí estamos "Azulado por Amor"», que implica cada espacio, familia y actor social que implementa la política.
10. Desarrollo y multiplicación de nuevas políticas surgidas de los actores sociales que actúan sobre las vulnerabilidades de la PAM, protegiendo sus derechos y oportunidades, hasta extenderse a otros cantones «pintándolos de azul».

#### **4.5.5 Validación de la propuesta**

La Estrategia «Azulado por Amor» se expone al director del Comité y los lectores, y es el ente rector el que valora la parte técnica y política de la misma, consultando a expertos y tomando la decisión de formularla o no (ver Apéndice C).

## 4.5.6 Plan de trabajo

Tabla 5 *Plan tentativo de actividades*

Actividades	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9				Mes 10				Mes 11			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Formulación política	■	■																																										
2. Capacitación personal			■	■																																								
3. Planificación actividades expansión					■	■																																						
4. Taller de socialización con actores sociales							■																																					
5. Capacitación municipalidad y gobierno local							■	■																																				
6. Capacitación a área de salud y Ebais									■																																			
7. Capacitación grupos organizados, iglesias y ONG										■	■																																	
8. Promoción «Azulado por Amor»													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Capacitación centros educativos													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10. Distribución <i>sticker</i> evaluativo «Azulado por Amor»																																												
11. Actividad familiar «concurso el barrio más azul»																																												
12. Evaluación del proyecto por <i>sticker</i> en hogares													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
13. Desarrollo y multiplicación política																																												

Fuente: Elaboración propia, 2018.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1 Conclusiones

En este apartado se aportan las conclusiones de la investigadora que se relacionan con las características sociodemográficas y del apoyo familiar brindado a la persona adulta mayor por parte del núcleo familiar y los aspectos señalados por la PAM, su familia e investigadora, que se deben tomar en cuenta para la propuesta que se va a presentar al ente rector.

### 5.1.1 Características sociodemográficas

- La población adulta mayor es un grupo en incremento y, dadas las condiciones sociales del país, va a continuar aumentando, por lo que se deben generar las acciones que permitan atenderla de manera adecuada y oportuna.
- La investigación determinó que existe un porcentaje mayor de mujeres que tienen un nivel de sobrevivencia que requiere una mayor atención por parte del Estado, toda vez que es un grupo vulnerable y necesita de una atención particular.
- Existe una relación sexo-edad en la que se obtiene una mayor cantidad de mujeres en el rango de 75 a 79 años y en hombres de 65 a 69 años, diferencias por tomar en cuenta en los programas y proyectos del Estado, las necesidades de cada grupo etario según sexo y no solo su edad.
- La brecha educativa de las personas adultas mayores, mujeres y hombres, evidencia que es insuficiente, especialmente para la mujer, lo que demanda mayor atención del ente rector en políticas educativas para este grupo. Un 50 % de personas adultas mayores dependen de la pensión, un 20,4 % trabaja y un 29,6 % que no. Se deben crear políticas de apoyo familiar que permita a la PAM, aun pensionado(a), trabajar si puede o quiere, capacitarle continuamente y apoyarle a mantenerse activo(a)
- El apoyo familiar económico proviene principalmente de los(as) hijos(as), siendo más apoyada económicamente la mujer que el hombre.

- Identificar a la PAM como titulares de sus derechos para que cuenten con el apoyo de las instituciones en el aseguramiento de un envejecimiento saludable.
- Según la costumbre cultural de la zona, las familias son numerosas y, de acuerdo con la presente investigación, se tiene que a mayor cantidad de hijos, mayor apoyo familiar, aspecto que el ente rector debe atender prontamente dado el cambio de la pirámide demográfica que indica cada día menos hijos por familia.
- La agilización de recursos jurídicos para gestionar aporte obligatorio de los(as) hijos(as) a las personas adultas mayores es necesario para incrementar el apoyo económico a este grupo etario.
- Por el problema de salud de la mujer adulta mayor con respecto al hombre que sufre menos enfermedades, se debe motivar la creación de una política con enfoque de género que capacite a la familia.
- Las personas adultas mayores de la zona investigada asisten principalmente al Ebais de su barrio cuando necesitan atención a su salud. El otro centro sanitario al que asisten en menor grado es el hospital.

La sensibilización a la población mayor y sus familias, dado el aumento constante de este grupo etario, sobre los protocolos indicados para apoyar oportunamente a la PAM es una acción urgente para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.

### **5.1.2 Caracterización del apoyo familiar a la persona adulta mayor**

- Es necesario potenciar el apoyo familiar para que la persona adulta mayor alcance un envejecimiento saludable, en este sentido es importante que se desarrollen procesos de comunicación que favorezcan su entorno y desarrolle su sentido de pertenencia para mejorar su percepción dentro del núcleo familiar como una persona valiosa.

- Generar elementos que permitan una integración de la familia, considerando el cambio generacional, para que la PAM se perciba como alguien potencialmente importante en su núcleo familiar.
- El apoyo emocional de la familia hacia la persona adulta mayor de la zona investigada se considera alto y se manifiesta principalmente en expresiones de afecto físicas y de aprecio cuando se ven o se comunican.
- La comunicación diaria con los(as) hijos(as) es la más común, brindando a la persona adulta mayor la seguridad de su amor y protección como apoyo de la familia.
- El apoyo social de la familia hacia la persona adulta mayor es muy alto y «casi siempre» se le toma en cuenta en las actividades familiares o facilitación para que participe en las comunitarias, toma de decisiones, recepción de visitas, lo que se debe considerar para propiciar sus entornos favorecedores.
- El apoyo de la familia en la salud a la persona adulta mayor es el más alto de todos, aspecto por potenciar con políticas públicas que les favorezcan y también al Estado.
- Las relaciones entre la persona adulta mayor y sus parientes, según la investigación, resultaron muy amigables, factor determinante en el entorno familiar para sostener una sana convivencia PAM–Familia, que se deben potenciar.
- La participación de la familia para atender a la persona adulta mayor y, principalmente, cuando existe una buena relación entre ellos, asegura una mejor calidad de vida para esta y con ello se logra que haya mejores niveles saludables, propiciando menos asistencias a los servicios de salud y una mayor satisfacción en la percepción de su calidad de vida.
- El determinante económico debe ser asegurado para que las necesidades de la PAM se suplan y le den dignidad y calidad de vida, por lo que la seguridad económica de la familia se debe incluir en las políticas y en la educación para el uso de sus recursos por parte de la persona adulta mayor y su familia.

- La presencia de cuidadores de la PAM la debe regular y supervisar el ente rector, así como el control de la capacitación que requieren para brindar estos servicios de cuidado.
- Para el cuidador familiar es necesario regular su tiempo de trabajo formal, con el fin de que pueda brindar apoyo sin sufrir demasiada carga de trabajo o estrés.
- El núcleo familiar ha expresado necesidades dignas de tomar en cuenta al momento de abordar el apoyo familiar con una política que provea la atención a la PAM y proceda del ente rector.
- Más del 75 % de la PAM entrevistada considera que «casi siempre» pasa tiempo junto a la familia y más de un 88 % que la familia le quiere, aspecto fundamental en la estima y motivación, y relevante para su calidad de vida, aspecto que debe fortalecerse mediante políticas que incluyan la familia en el proceso de envejecimiento, ya que su influencia afectiva hacia estas personas produce sentido de pertenencia y de satisfacción. Este aspecto se encuentra ausente en la Estrategia Nacional de Envejecimiento 2017-2020 y es un tema que debe incluirse en políticas para grupos vulnerables donde el amor produce mejor salud. Dado que todo ser humano necesita ser amado, ello se respalda con los fundamentos que se practican en la Zona Azul de Nicoya en Costa Rica, donde el principio central de la longevidad y salud de sus habitantes ubica en «primer lugar la unidad familiar, la familia es lo primero» (ICT, 2017).
- La Escala de Satisfacción de la Vida permite concluir, según este estudio, que la persona adulta mayor consultada está «altamente satisfecha con su vida», complacencia que emerge del apoyo familiar que le brindan sus hijos(as), lo que consecuentemente le produce sentido de realización, alcance de sus sueños y, por ende, mejor calidad de vida, autoestima, salud y seguridad del amor de su familia.
- La Escala Apgar que mide la funcionalidad interna del núcleo familiar para enfrentar diferentes situaciones muestra que la PAM consultada en la zona cuenta con una alta funcionalidad familiar, aspecto importante por tomar en cuenta en lo referente a negociación y diálogo interno en la familia, que se debe



intensificar mediante una política que prevea el riesgo de violencia y maltrato a la PAM.

- Favorecer las redes de apoyo social y los grupos de pares para permitir que la PAM intensifique su interrelación y se sienta como una persona provechosa.

## 5.2 Conclusiones generales

Conocer los determinantes sociales según OMS (1986) es relevante desde el Enfoque de la Promoción de la Salud diseñar iniciativas que fortalezcan la relación de la persona adulta mayor con el núcleo familiar, permitiendo así mejorar y favorecer su calidad de vida

- El apoyo familiar es un determinante social de la salud de la persona adulta mayor, que influencia positivamente su calidad de vida y necesita fortalecerse desde el ente rector con políticas en las que intervenga su familia, las instituciones y la sociedad; integrando el núcleo familiar a un entorno de convivencia amigable y respetuosa, que la cobije amorosamente para «envejecer en casa» como lo aconsejan distintas organizaciones, estudios consultados y los resultados de la investigación.
- Los sistemas de salud no cuentan con planes, programas y proyectos, según este estudio y la Cepal, dirigidos a la capacitación de las familias para apoyar a sus adultos mayores, y se deja de lado la vulnerabilidad del adulto que debe vivir y afrontar sus condiciones con el apoyo de una familia que posee serias limitaciones de habilidades y conocimientos para convivir con los mayores que «envejecen en casa».
- Se consideró que el apoyo familiar es una fortaleza en Costa Rica, que desde la Promoción de la Salud merece ser potenciada a través de la creación de políticas, programas y proyectos por el ente rector desde su función, dirigidas a los actores sociales, grupos organizados y sociedad en general, enfocadas en la formación de habilidades que provea herramientas a la familia, cuidadores y comunidad para atender el proceso de envejecimiento, y así se creen acciones

que respondan a sus necesidades previendo oportunamente el riesgo y la vulnerabilidad.

- El ente rector, desde los diferentes niveles, favorece las relaciones intergeneracionales, la convivencia pacífica, el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales, emocionales, sociales y el ejercicio de derechos y deberes. Por tanto, con la inclusión de la participación social puede modificar los determinantes y con base en los resultados de la presente investigación se le insta a desarrollar políticas que desde la visión positiva de la Promoción de la salud potencie la fortaleza del apoyo familiar como estrategia que equilibre la acción del Estado y la sociedad en la protección de la calidad de vida de la persona adulta mayor y su familia.
- Desde la perspectiva fenomenológica se logró entender que la persona adulta mayor tiene una historia, pensamientos sobre el significado del apoyo familiar en la vejez, con otras necesidades u oportunidades que demandan políticas desde el ente rector adaptadas a sus prácticas y experiencias de vida.
- Las relaciones de la PAM con la familia que son nada amigables o poco amigables dentro del marco de la convivencia es un elemento importante para propiciar una mayor empatía entre ambas partes.
- Según el estudio realizado, existe un 14 % de relaciones poco amigables entre la PAM y la familia, por lo que se deben planificar acciones para resolver esta situación de riesgo prioritaria.

### **5.3 Recomendaciones**

#### **5.3.1 Al ente rector**

Según los resultados de la investigación sobre apoyo familiar que recibe la persona adulta mayor de la familia con la que convive,

- En los proyectos o programas dirigidos a la persona adulta mayor debe incluirse la familia, ya que esta, dependiendo de las limitaciones y habilidades con que cuenta para facilitarle una vida satisfactoria, influencia su salud y calidad de vida.

- La persona adulta mayor de la zona estudiada y sus familias mantienen relaciones amigables que causan alto grado de satisfacción de vida debido al apoyo familiar, fortaleza y oportunidad que el ente rector debe aprovechar para potenciarlo como práctica saludable de vida en familia.
- El ente rector, mediante un proceso social de enfoque positivo, puede impulsar desde la Promoción de la Salud un enfoque de género al apoyo familiar que cumpla con el derecho de la salud de las PAM mujeres viudas o solteras que aumentan su número conforme avanza la edad.
- La funcionalidad familiar señala las relaciones internas del núcleo familiar, indicando si existen deficiencias relacionales que pueden predisponerla a las causas de maltrato, abandono y violencia de la persona adulta mayor en su entorno, por lo que se aconseja al ente rector tomarla en cuenta para la creación de políticas en las que intervengan las familias, capacitándolas para convivir amigablemente con la PAM que «envejece en casa».
- Que el ente rector siga intensificando las investigaciones con este grupo etario para generar la evidencia científica necesaria que propicie una política pública que favorezca el envejecimiento saludable como un lineamiento obligado en el país.
- Se recomienda al ente rector la creación de una política que priorice en primer lugar las relaciones entre la familia y la persona adulta mayor.
- Se debe instar a familia, comunidad, instituciones, ONG, grupos organizados, la promoción del apoyo familiar como estrategia que favorece la salud y disfrute de vida de la PAM que «envejece en casa».
- Se insta al ente rector a adoptar las sugerencias que esta investigación ofrece como propuesta para crear una política favorable a potenciar el apoyo a las personas adultas mayores, incluyendo valores y acciones que mejoren su calidad de vida, haciendo uso de la rectoría que ejerce e impulsando las recomendaciones aportadas desde la Estrategia «Azulado por Amor».

- Se invita al ente rector a crear nuevos paradigmas con respecto a la salud de la población, acercándola más a la familia como una estructura afectiva y social fundamental de la sociedad, unificando la construcción de la salud desde el entorno mismo donde se convive diariamente, no fragmentándola con la antigua visión biomédica que dividió al ser humano por partes o especialidades; no dividiendo la salud de la población por fragmentos etarios, sino acercándoles, derribando las barreras y promoviendo la construcción de la salud como un asunto que surge de la influencia de todos. Esta influencia negativa o positiva depende del entorno familiar primeramente, luego el comunitario, el laboral, el institucional, el económico, el político, el cultural, el ambiental, el educativo y otros que causan un estilo de vida que afecta a todos. Se sugiere la visión positiva de la salud que abarca todo el contexto y que potencia las fortalezas para prever el riesgo en lo que compete a la PAM, crear política inclusiva, donde el núcleo familiar es parte del entorno de su calidad de vida y viceversa.

### **5.3.2 Al Área Rectora de Salud de Escazú**

- Incluir en la planificación estratégica de planes, programas y proyectos hacia la población de Escazú el fortalecimiento y gestión del apoyo familiar como elemento fundamental en el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la persona adulta mayor.
- Vigilar que todas las personas adultas mayores de la zona disfruten del derecho a la salud y reciban atención sanitaria oportuna conforme a las leyes del país.
- Instar al gobierno local, instituciones, grupos organizados, ONG, centros educativos y demás actores sociales a incluir educación sobre el apoyo familiar a la persona adulta mayor en todas sus actividades.
- Generar acciones que incluyan la familia y la persona adulta mayor, que sean adaptadas culturalmente a sus costumbres y tradiciones e integren las diferentes generaciones a la convivencia amigable.

### 5.3.3 A la Universidad de Costa Rica

- Incluir en sus programas de estudio el acercamiento generacional del estudiante y la persona adulta mayor, fortaleciendo la convivencia amigable y respeto por los diferentes contextos de crianza de los diferentes grupos etarios.
- Desarrollar habilidades en el estudiante de agenciamiento del apoyo familiar hacia las personas adultas mayores con Enfoque de Promoción de la Salud, que prevea el riesgo de violencia, abandono y enfermedad en la senectud.
- Desarrollar la Medicina Familiar, la Promoción de la Salud y carreras técnicas en envejecimiento, que sean capaces de atender oportunamente la persona adulta mayor que «envejece en casa» rodeada por su familia.
- Ampliar la facilitación de recursos y planes de estudio vocacionales para las personas adultas mayores, adaptados a sus necesidades para que amplíe sus capacidades, con la implícita igualdad de oportunidades laborales.

### 5.4 Incógnitas resueltas y posibles temas por investigar

Entre las incógnitas resueltas está la hipótesis de que en el contexto costarricense el apoyo familiar es una fortaleza, que sus beneficios son múltiples tanto para las personas adultas mayores como para su familia, para la comunidad al tener PAM más amigables con la ciudad, así como beneficios económicos al ser despejados los servicios de salud de esta población, porque tienen menos hospitalizaciones y mayores oportunidades de desarrollo.

Entre los temas por investigar está la condición económica y el apoyo de las mujeres viudas y hombres viudos, solteros(as), o que no tienen hijos. También la brecha social entre ellos, al recibir la mujer más aporte económico por parte de familiares que el hombre.

También es digno de investigar qué prácticas de vida tienen el 20 % de las personas adultas mayores que no padecen de enfermedades, con el fin de replicarla a los PAM próximos.

Y desde la economía de la salud investigar cuánto ahorro económico se puede alcanzar al apoyar a la persona adulta mayor desde la familia y evitar hospitalizaciones y reingresos hospitalarios, considerando el beneficio en su calidad de vida.

### **5.5 Logros del proyecto**

- El proyecto logra la alianza interinstitucional entre la Universidad de Costa Rica y el Área Rectora de Salud de Escazú, con el fin de generar conocimiento e investigación sobre temas que desarrolle la Promoción de la Salud en la teoría y práctica de campo, para mejorar la calidad de vida de las personas.
- Se parte de una propuesta que potencia una fortaleza y no de un problema como tradicionalmente se hace. La Promoción de la Salud en su esencia se dirige a una visión positiva que fortalezca las oportunidades y así vencer la adversidad, posición contraria de otras disciplinas que se enfocan y atacan el problema, pero no las oportunidades. En este estudio se investigó la fortaleza del apoyo familiar y se propone su potenciación para mejorar el disfrute de la adultez de la PAM.
- Se logra recopilar información valiosa de diferentes métodos y fuentes que permiten conocer la funcionalidad de la familia, la fortaleza del apoyo familiar y la satisfacción de vida de la PAM. Se comprueba lo fundamental que es para la PAM el soporte de su familia y, además, permite conocer qué valores, acciones, limitaciones y necesidades enfrentan durante el proceso de envejecimiento.
- Además, se comparte la sugerencia de los diferentes organismos sobre la experiencia de «envejecer en casa», la conveniencia y beneficios que aporta a la vida de la PAM.
- También, se obtiene una propuesta que insta al ente rector a asumir su rol protagonista para dirigir la ruta por seguir en la salud de la PAM, mediante políticas que direccionen situaciones de salud que se aproximan, antes de que se sature el sistema de salud por el aumento de esta población, creando cambios estructurales desde las políticas establecidas.

## 5.6 Resultados generales y recomendaciones

La investigación dio como resultado la importancia del apoyo familiar para las personas adultas mayores, que les brinda excelentes condiciones de salud y convivencia, aportándoles alegría de vivir, autoestima, seguridad de que es apreciado(a) y que la comunicación a diario con sus hijos(as) fortalece los lazos de amistad, sintiéndose parte de la familia.

Su satisfacción de vida es alta y la funcionalidad de sus hogares es normal, por lo que a mayor afectividad recibida por la PAM, mayor alegría de vivir, lo que evita las hospitalizaciones o reingresos.

Al ente rector se le recomienda promover el apoyo familiar con políticas que influyeran positivamente la salud y calidad de vida de la PAM, y de esta manera reducir el gasto y la saturación de los servicios de salud.

Formular una política que lleve a la práctica el amor y respeto familiar y multiplicar en los cantones del país las buenas costumbres de la Zona Azul de Nicoya en Costa Rica. De ahí que se propone al ente rector la Estrategia «Azulado por Amor» (Apéndice C).

## LISTA DE REFERENCIAS

- Área Rectora de Salud, Escazú. [ARS]. (2014). *Análisis Situacional Integral de Salud de Escazú*. San José, Costa Rica: Autor.
- Área Rectora de Salud de Escazú. [ARS]. (2017). *Red Cantonal de Adultos Mayores de Escazú*. San José, Costa Rica: Autor.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1999). Ley N° 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta N.° 221, Alcance 88, del 15 de noviembre de 1999*. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2014). Ley N.° 9234. Ley Reguladora de la Investigación Biomédica. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta N.° 79, del 25 de abril de 2014*. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2011). Ley N.° 9394. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Publicada en *Diario Oficial La Gaceta N.° 188, del 30 de setiembre de 2016*. San José, Costa Rica.
- Asociación Americana de Personas Jubiladas. [AARP]. (2009). *Cuidados en los EE.UU.- NAC y AARP*. Recuperado de <https://www.aarp.org/livable-communities/learn/health-wellness/info-12-2012/Caregiving-in-the-us-2009.html>
- Barros, C. y Muñoz, M. (2001). *Relaciones e Intercambios Familiares del Adulto Mayor*. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/71>
- Benavidez, A. (2009). La bioética y el adulto mayor. *Revista Horizonte Médico*. 9(2), pp. 61-66. Recuperado de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/hm/v9n2/a7.pdf>
- Cabañero, M. J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, I., Reig, A., Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una



muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/3017.pdf>

Camacho, L, Ramírez, E, Araya, F,(1993). *Cultura y Desarrollo desde América Latina*. Editorial Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica

Castañeda, I.E. (2018) Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2). Recuperado de [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000200011&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000200011&script=sci_arttext)

Cerdas, D. (19 de junio de 2016). *Negligencia en la familia agrede adultos*. La Nación, Sección El País. Costa Rica. Recuperado de <https://www.nacion.com/el-pais/negligencia-en-la-familia-agrede-a-los-adultos-mayores/4H5HKWIS6BCLFKTB4CDVXYNVTVU/story/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [2005]. *Hacia un perfil de la familia actual en Latinoamérica y el Caribe. Taller de Trabajo*. Santiago, Chile: División de Desarrollo Social, Cepal. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6795-politicas-familias-proteccion-inclusion-sociales>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [Conapam]. (2011). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021*. San José, Costa Rica: Autor

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [Conapam]. (2012). *Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado de [https://www.Conapam.go.cr/mantenimiento/Red\\_Cuido.pdf](https://www.Conapam.go.cr/mantenimiento/Red_Cuido.pdf)

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [Conapam]. (2016). *Revista La voz de los Mayores*. 14, 12. San José, Costa Rica.

Consejo de Organizaciones Internacionales Médicas [Coims]. (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. Ginebra,

Suiza: COIMS/OMS. Recuperado de [http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas\\_Eticas\\_Internac.pdf](http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf)

Corrales, V., Carvajal J. (2017). *Exposición Fortalecimiento de la calidad de atención a la persona adulta mayor*. Red Adultos Mayores de Área Rectora de Salud de Escazú. San José, Costa Rica.

Crespo, M., López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores en el hogar: desarrollo de Programa «Como mantener su bienestar»*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).

Fundación Vivo Sano. (2014). Proyecto Yo cambio el mundo cambiándome yo. *Revista digital Vivo Sano*. Madrid, España. Recuperado de [http://www.vivosano.org/es\\_ES/Informaci%C3%B3n-para-tu-salud/Noticias/articleType/ArticleView/articleId/785/Revista-Vivo-Sano.aspx](http://www.vivosano.org/es_ES/Informaci%C3%B3n-para-tu-salud/Noticias/articleType/ArticleView/articleId/785/Revista-Vivo-Sano.aspx)

Guzmán, J., Huenchuan, S., Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual. *Revista Notas de Población de la Cepal* 77, 35-70

Gutiérrez, R.L., Gutiérrez, A.H.(2010). Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria. *Medicina Interna de México*. 26(5). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28396>

Hernández, E.; Fernández, C.; Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5.ª ed.). México: McGraw-Hill.

Hernández, E.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6.ª ed.). México: McGraw-Hill.

Hernández, G. (2001) Familia y Ancianos. *Revista de Educación: Educación y Familia*. 325, 129-142. Madrid, España.

- Huenchuan, S. (2013a). *Los derechos de las personas mayores*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade). División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Recuperado de [https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos\\_PMayores\\_M2.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf).
- Huenchuan, S. (2013b). *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores 2007-2013*. División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/01/Perspectivasglobalesobrelaproteccion1.pdf>.
- Instituto Costarricense de Turismo. [ICT] (2018) *El Secreto de la Zona Azul de Nicoya*. Recuperado de <https://www.visitcostarica.com/es/costa-rica/things-to-do/culture/blue-zones>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. [INEC]. (2012). *Estadísticas demográficas. 2011 – 2025. Proyecciones nacionales. Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. [INEC]. (2018). *Estimaciones y proyecciones de población*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Universidad Nacional Autónoma de México*. 13(3), 159-165. doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002
- Mejía Ramírez, Gabriel (2016): *Promoción de la Salud: guía para el trabajo intersectorial con líderes y grupos organizados de la comunidad*. San José, Costa Rica: EUNED.

- Melgar, F., Penny, E. (2012). Geriatría y gerontología para el médico internista. *Grupo editorial la hoguera investigación*. Bolivia. Recuperado de [https://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria\\_gerontologia.pdf](https://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf)
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [Mideplan]. (2010). *Plan Nacional de Desarrollo, 2011-2014*. Recuperado de <http://www.documentos.una.ac.cr/bitstream/handle/unadocs/1591/PND-2011-2014-Maria-Teresa-Obregon-Zamora%5B1%5D.501.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud [MS] (2017). *Resumen: Modelo de Rectoría en Promoción de la salud*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/3742-modelo-de-rectoria-en-promocion-de-la-salud/file>
- Ministerio de Salud (2019) Pagina Web: <https://www.ministeriodesalud.go.cr> Estructura Organizacional. San José, Costa Rica, 2019.
- Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad de España [MSSSI]. (2017). *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021*. Recuperado de <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/844/02EFE9D3.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). *Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias*. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica\\_de\\_apoyo\\_y\\_fortalecimiento\\_a\\_las\\_familias-marzo2018.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_de_apoyo_y_fortalecimiento_a_las_familias-marzo2018.pdf)
- Mintzberg, H. (2010). *Managing*. Editorial Norma. Bogotá, Colombia.
- Morales, A. (2005). *Redes de apoyo familiar y la salud del adulto mayor, Costa Rica 2005*. (Tesis de maestría). Centro Centroamericano de Población Universidad

de Costa Rica. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1400>

Murillo, A., Gutiérrez, I. (2008). Redes de apoyo social. Capítulo 5. Recuperado de [https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM\\_cap5web.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf)

Organización de Estados Americanos [OEA]. (2018). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores A-70*. Recuperado de [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp)

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2018). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la salud*. Ottawa, Canadá. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Ginebra: Suiza. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67246?locale=es>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Envejecimiento y Salud. Datos y Cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2004). *La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/adulto.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2005). *Salud de las mujeres en Costa Rica, un análisis desde las perspectivas de género*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/genero1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de Vida 2018-2020*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planos-en-salud/estrategias/3864-estrategia-nacional-para-un-envejecimiento-saludable-2018-2020/file>
- Programa Estado de la Nación. (2015). *Resumen vigésimo primer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible/ PEN*,. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/21/assets/pen-21-2015-baja.pdf>
- Programa Estado de la Nación. (2017). *Informe Estado de la Nación 2017*. San José Costa Rica. Recuperado de <https://estadonacion.or.cr/2017/descargas.html>
- Puga, D., Rosero, L., Glaser, K., Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Repositorio Kérwuá*. (5(1)). Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/21900>
- Quesquén, L. (2015). Influencia del entorno familiar en la calidad de vida de los usuarios del programa del adulto mayor en el hospital es salud del distrito Florencia de mora: 2014. Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/3096>
- Riaño, G. (2014). Permanencia del adulto mayor en casa. *Boletín del Programa Iberoamericano de Cooperación Sobre Adultos Mayores* 5, 4-5. Madrid: España.

Recuperado de [http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/BOLETIN\\_OISS\\_5-2.pdf](http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/BOLETIN_OISS_5-2.pdf)

Rico, M. (2015). CEPAL plantea reconocer trabajos de cuidados no remunerados en la región. Seminario organizado por el Gobierno de Costa Rica. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/noticias/cepal-plantea-reconocer-trabajo-de-cuidados-no-remunerado-en-la-region>

Rodríguez, K. (2011). Vejez y envejecimiento. *Documento de Investigación Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*. 2, 1-42. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/86442423.pdf>

Rodríguez, M. (8 de agosto del 2018). *Adultos mayores ocupan la mitad de las camas en hospitales de la CCSS*. Crhoy.com-noticias 24/7. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.crhoy.com/site/dist/seccion-nacionales.htm#/salud>

Roque, M.L. (2010). *Manual de cuidador domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos*. Ministerio de Desarrollo Social de Argentina. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.desarrollosocial.gob.ar/biblioteca/manual-de-cuidados-domiciliarios-no1/>

Rosero, L. (2007). CRELES – Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable. *Población y Salud en Mesoamérica*. 5(1). doi: 10.15517/psm.v5i1.14262

Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

Segarra, M. (2017). *Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay. 2015-2016*. (Tesis doctoral). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspaceucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27169/1/Tesis.doc.pdf>

- Solar,O, Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, documento de debate. Ginebra: Organización Mundial de la Salud., Suiza.
- Soto, M. (22 de diciembre de 2016) *Hijos que abandonen a adultos mayores tendrán que pagar pensión*. Crhoy.com-noticias 24/7. San José, Cosa Rica. Recuperado de <https://www.crhoy.com/sin-categoria/hijos-que-abandonen-a-adultos-mayores-tendran-que-pagar-pension/>
- Rowland, Stand (2006). Cambios por dentro, cambios por fuera. Transformación comunitaria integral. Primera edición. Editorial Kairos Buenos Aires, Argentina.
- Suárez, M.A., Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es)
- Supo, D. (2015). La familia en el cuidado del Adulto Mayor. (Tesis inédita). Universidad del Altiplano de Puno, Perú.
- Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Universidad de Costa Rica [UCR]. (2018). *Reglamento de trabajos finales de graduación*. San José, Costa Rica. Recuperado de [http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos\\_finales\\_graduacion.pdf](http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf)
- Universidad de Costa Rica [UCR]. (2018). *Reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos*. San José, Costa Rica. Recuperado de [http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/etico\\_cientifico.pdf](http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/etico_cientifico.pdf)
- Valle, R. (1995). *La gestión estratégica de los recursos humanos*. Estados Unidos: Addison-Wesley Iberoamericana.



- Vidal, Y., Orellana, M. (2004). *Factores sociodemográficos y familiares que influyen en la actitud del adulto mayor en relación a la ocupación del tiempo libre, controlados en el consultorio Puerto Varas*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/207496596/Ocupacion-Del-Tiempo-Libre>
- Villalta, Z. (02 de marzo de 2018). El amor a adultos mayores es algo que no debemos perder como sociedad. Entrevista por M. Castro. [Televisora de Costa Rica, Canal 7]. Recuperado de [https://www.teletica.com/187676\\_zulema-villalta-de-Conapam-el-amor-a-adultos-mayores-es-algo-que-no-debemos-perder-como-sociedad](https://www.teletica.com/187676_zulema-villalta-de-Conapam-el-amor-a-adultos-mayores-es-algo-que-no-debemos-perder-como-sociedad)
- Vivaldi F., Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social, y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*. 30(2), 23-29. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>

## APÉNDICES

**Apéndice A**  
**Instrumentos de investigación**

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD  
PROYECTO FINAL GRADUACIÓN

Formulario N° _____
Fecha: ____/____/____

**ENCUESTA**

Propuesta para la integración de la convivencia amigable del núcleo familiar con la persona adulta mayor desde un enfoque de la Promoción de la Salud del Área Rectora de Salud de Escazú.

Proponente: Auristela Salazar Murillo

Encuesta sobre el apoyo familiar que reciben las personas adultas mayores, residentes en los barrios La Avellana, La Nuez, Santa Teresa y San Antonio Centro de Escazú, Costa Rica. La encuesta ayudará a crear una propuesta de apoyo familiar para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Se le pide su colaboración al responder las preguntas que se le efectúen, su información es anónima, confidencial y solamente utilizada para los fines académicos del presente proyecto. Seguidamente, se le realizarán una serie de preguntas sobre sus características personales y del apoyo familiar que recibe durante su adultez. Si tiene alguna duda por favor pregunte a la investigadora, que con gusto le responderá.

## Escala de Satisfacción de la Vida

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. El tipo de vida que llevo es el que siempre soné.									
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.									
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.									
4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.									
5. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviese a ser igual.									

Fuente: Cabañero et al. (2004) tomado del modelo de Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985).

### I PARTE

#### Características sociodemográficas de la persona adulta mayor de la zona

1. Sexo \_\_\_\_\_

2. Edad \_\_\_\_\_

3. Estudios realizados

a) ¿Fue a la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

b) Primaria incompleta \_\_\_\_\_

c) Primaria completa \_\_\_\_\_

d) Secundaria incompleta \_\_\_\_\_

e) Secundaria completa \_\_\_\_\_

f) Universitaria \_\_\_\_\_

g) Otra \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su estado civil?

a) Casado(a) \_\_\_\_\_ b) Divorciado(a) \_\_\_\_\_ c) Unión libre \_\_\_\_\_

d) Soltero (a) \_\_\_\_\_ e) Viudo(a) \_\_\_\_\_

5. ¿Está asegurado(a)?

a) Sí \_\_\_\_\_

b) No \_\_\_\_\_



14. ¿Cómo son las relaciones de la familia con la persona adulta mayor?

a. Muy amigables \_\_\_\_\_ b. Amigables \_\_\_\_\_ c. Poco amigables \_\_\_\_\_

15. ¿Quién provee las necesidades materiales al adulto mayor?

a. Cónyuge \_\_\_\_\_ b. Hijos (as) \_\_\_\_\_ c. Nietos(as) \_\_\_\_\_

d. Hermanos \_\_\_\_\_ e. Otros \_\_\_\_\_

### III PARTE

Características del apoyo familiar de la persona adulta mayor de la zona mencionada. Por favor conteste las siguientes preguntas respondiendo: casi siempre, algunas veces y casi nunca, según lo considere correcto (Por favor marcar con una X la respuesta dada)

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
<b>Apoyo emocional</b>			
16. ¿Recibe expresiones de afecto físicas de sus familiares cuando se comunican o se ven?			
<b>Apoyo social</b>			
17. ¿Recibe visitas de sus familiares?			
18. ¿Recibe apoyo de la familia para participar en actividades grupales para PAM de la comunidad?			
<b>Salud</b>			
19. ¿Recibe atención de la familia cuando está enfermo(a)?			
20. ¿Recibe ayuda de la familia en la compra de medicamentos?			
21. ¿Tiene alguna persona cuidadora con usted?			

Fuente: Guzmán et al. (2003).

IV PARTE Marque con una X la casilla correspondiente según la respuesta.

**Escala Afgar**

	<b>Función</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi nunca</b>
APOYO	22. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
PARTICIPACIÓN	23. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
CRECIMIENTO	24. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			
APECTO	25. ¿Está satisfecho(a) con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
RECREACIÓN	26. ¿Siente que su familia le quiere?			

**V PARTE**

**Escala de fortaleza de apoyo familiar**

- 1) ¿Con quién vive en su hogar? \_\_\_\_\_
- 2) ¿Cuál es el parentesco? \_\_\_\_\_
- 3) ¿Cuál es el parentesco y estado conyugal de los miembros de su hogar?

Marque con una X la opción que corresponda.

- 4) **Frecuencia de comunicación:** Llene el cuadro según corresponda.

<b>Parentesco familiar de los que se comunican con usted</b>	<b>Diario</b>	<b>Semanal</b>	<b>Mensual</b>	<b>No me comunico al año</b>	<b>No me comunico</b>
1.					
2.					
3.					
4.					

Fuente: Rosero (2007).

## **Apéndice B**

### **Entrevista a la persona adulta mayor y su familia**

Preguntas abiertas sobre experiencias de vida del apoyo familiar a la persona adulta mayor.

Por favor, conteste según su opinión o experiencia de vida las siguientes preguntas. Puede explicarlo según la amplitud que considere. Si cree necesario agregar detalles o temas relacionados con la pregunta puede hacerlo. Nota: Son anónimas y confidenciales.

E-1) ¿Ha recibido apoyo de la familia en su vejez?

E-2) ¿Siente satisfechas sus necesidades?

E-3) ¿Qué tan importante es el apoyo familiar en la vejez?

E-4) ¿Qué considera que se puede hacer para fortalecer el apoyo familiar?

E-5) ¿Qué valores familiares se deben fortalecer en la familia?

E-6) ¿Cuáles son los beneficios del apoyo familiar para la persona adulta mayor?

#### **VI PARTE**

#### **Preguntas al grupo familiar sobre el apoyo que brindan a las personas adultas mayores**

Por favor conteste estas preguntas, son anónimas y confidenciales, su respuesta sincera es muy valiosa para esta investigación. Conteste según su opinión o experiencia.

E-7) ¿Qué hace la familia para brindar apoyo a la persona adulta mayor?

E-8) ¿Qué limitaciones tiene la familia para apoyar a la persona adulta mayor?

E-9) ¿Qué acciones pueden fortalecer la relación amigable de la familia con la persona adulta mayor?

E-10) ¿Le gustaría participar en capacitaciones sobre cómo la familia puede apoyar a la persona adulta mayor?

E-11) ¿Ha recibido del centro de salud capacitación sobre cómo apoyar a la persona adulta mayor?

E-12) ¿Qué necesita la familia para apoyar a la persona adulta mayor?

E-13) ¿Qué valores familiares se deben fortalecer en la familia?



## Apéndice C

### Proyecto: Formulación de estrategia de apoyo familiar a la persona adulta mayor por parte del ente rector

**NOMBRE DEL PROYECTO:** Estrategia «Azulado por Amor»

**AUTOR:** Auristela Salazar Murillo. Licenciada en Promoción de la Salud. Universidad de Costa Rica.

**DURACIÓN:** Del 1 febrero del 2019 al 31 de abril del 2019

### DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

#### Resumen

El proyecto propone el fortalecimiento del apoyo familiar a la persona adulta mayor como estrategia para crear un entorno de convivencia amigable entre la PAM y su núcleo familiar, que mejore su calidad de vida. Para ello, el ente rector formula una política que integra a la familia, comunidad, actores sociales, instituciones, grupos organizados para abordar desde todos los escenarios una vida satisfactoria a la persona adulta mayor que «envejece en casa». Entre los aspectos importantes por ejecutar están el integrar a los actores sociales que la implementen mediante alianzas estratégicas que aporta la Promoción de la Salud, socializar la política por medio de comunicados, empoderamiento para cada escenario, educación para la salud en Áreas de Salud, Ebais, centros educativos, sensibilización y capacitación a grupos organizados y familias, investigación, evaluación del proyecto y multiplicación de la iniciativa a otras zonas.

La propuesta nace de los resultados, análisis, conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada a partir de los aportes de las consultas efectuadas a las personas adultas mayores y a sus familias, quienes reconocen la importancia fundamental del apoyo y relaciones amigables dentro del núcleo familiar para

encontrar satisfacción, mejor salud y calidad de vida para la PAM. Además, se encuentran las limitaciones, necesidades, valores y acciones que son esenciales para fortalecer la convivencia amigable y evitar la violencia, maltrato, abandono, hospitalizaciones o reingresos de este grupo etario a los centros de salud. Por tal razón, el presente estudio propone recomendaciones importantes al ente rector para que introduzca una política con un nuevo modelo de «salud asociativa» entre familia, actores sociales, sociedad y Estado, creándose un equilibrio de responsabilidad mutua para una «vejez satisfactoria en casa» de la PAM.

La formulación de la Estrategia «Azulado por Amor» propone el fortalecimiento del apoyo familiar para la sana convivencia con la persona adulta mayor, aplicando valores, principios y prácticas descubiertas en la investigación que dan el primer lugar a la familia como unidad elemental para el envejecimiento saludable, principio inclusivo practicado por la Zona Azul en Nicoya, Costa Rica, que junto a otras prácticas beneficiosas provee longevidad y salud mental en la PAM de la zona costarricense. Para lograrlo el ente rector debe dirigir e implementar un proceso de sensibilización y educación que integre los diferentes actores, comunidad y familia hacia una salud más inclusiva y responsable de la población.

Para ejecutar la política, el ente rector necesita el aporte de profesionales en Promoción de la Salud que guíen el proceso de alianzas, participación social, empoderamiento, educación para la salud, investigación, evaluación y multiplicación, mediante técnicas participativas que involucren los diferentes actores, incrementando en ellos las habilidades para confrontar los cambios necesarios en la convivencia amigable con la PAM.

## A. Justificación

La OMS (2018) promueve el «envejecimiento en casa», reconociendo que la familia es la herramienta fundamental para crear un entorno adecuado para una vejez positiva para la persona adulta mayor. A nivel mundial se acepta el aumento de este grupo etario, pero muy pocos Estados se han preparado para intervenir educativamente a la familia sobre los cambios demográficos que se deben enfrentar en el corto y mediano plazo.

De la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se refieren los siguientes artículos:

Artículo 7: Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.

Artículo 9, inciso g): Desarrollar programas de capacitación dirigidos a los familiares y personas que ejerzan tareas de cuidado domiciliario a fin de prevenir escenarios de violencia en el hogar o unidad doméstica.

Artículo 12: Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.

inciso iii). Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.

Artículo 19, inciso b): Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

Inciso o): Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar (OEA, 2018).

Los artículos mencionados definen las estrategias que los Estados están comprometidos a cumplir con respecto a la persona adulta mayor y su convivencia familiar, la educación y apoyo que se debe proveer al cuidador y a la familia para aumentar sus capacidades en el cuidado de este grupo de mayores.

La capacitación, el desarrollo de políticas y planes, el fortalecimiento de acciones y la implementación de estas que den las herramientas a las personas que rodean a la PAM a estar preparadas para dar atención a sus necesidades respetando sus derechos es el interés especial que presenta esta propuesta, con el fin de procurar que la persona adulta mayor pueda «envejecer en casa» en un entorno conocido y seguro, con políticas que disponga el ente rector de la salud, de manera que expandan su influencia a toda la zona investigada.

En la región latinoamericana, a pesar de que la mayoría envejece en casa, se hace necesario, según Rico (2015, párr. 4), «el aporte social y económico del trabajo de cuidados y de las personas que los realizan deben ser considerados plenamente en los marcos legales, institucionales y de políticas de los países de América Latina y el Caribe», vacíos socio sanitarios de los países que deben ser provistos con políticas públicas que regulen y fortalezcan el cuidado y apoyo a la PAM, con carácter inclusivo de la familia, ya que es este núcleo familiar el que aporta la mayoría de los cuidadores.

El estudio comparativo de Puga et al, 2007 titulado *Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra* analiza el efecto en la salud del adulto mayor en relación con la red social más cercana, los vínculos con los miembros del hogar y los hijos, y los efectos de la salud en la vejez, comparándolo con sociedades como la española e inglesa. Se insiste en el rápido crecimiento demográfico de este grupo etario y la importancia de que la planificación sanitaria, la salud pública y la administración de recursos tomen en cuenta estos elementos para el desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos encaminados a fortalecer su salud.

También, en Costa Rica la Ley N.º 7935 plantea objetivos para cumplir el propósito de garantizar a las personas adultas mayores igualdad de *oportunidades* y

vida digna en todos los ámbitos, promoviendo elementos como participación activa en el proceso de formulación y aplicación de las políticas que les afecten, además de su permanencia dentro del núcleo familiar y comunitario (Asamblea Legislativa, 1999).

El gobierno de Costa Rica se comprometió mediante un convenio de cooperación a vigilar la Zona Azul de Nicoya protegiendo y multiplicando el estilo de vida de longevidad a los demás cantones del país, donde afirma que «este encuentro nos compromete a preservar esta Zona Azul, pero ante todo que tenga un efecto multiplicador y de enseñanza en los otros cantones del país» según expresó Ana Monge, Comisionada del Consejo Social Presidencial del Gobierno de Costa Rica (ICT, 2017).

Como bien lo apuntó Monge (citada en ICT, 2017), se enfatizó fundamentalmente en mantener y potenciar los factores protectores y, va más allá, planteando la visión de extenderlos a todos los cantones pintando de azul el país, elemento que coincidió con el enfoque de Promoción de la Salud de la presente investigación.

Se presentó la necesidad y oportunidad para que el ente rector desde su función promueva una política pública para fortalecer el apoyo familiar como acción promotora de la salud y previsora del riesgo, que integre al núcleo familiar en una convivencia amigable y placentera con la persona adulta mayor y se enriquezca aún más su calidad de vida.

Tal respaldo, a raíz del compromiso del gobierno según Monge ofreció la plataforma política necesaria para que el ARS dirija acciones hacia el sistema de salud que impulsen la capacitación a la población y la multiplicación de las prácticas de la Zona Azul, entre ellas el apoyo familiar, protegiendo la salud de la PAM y de la población en general (ICT, 2017).

Aunado a esta investigación se encontró que, en un estudio efectuado para la Cepal sobre la población adulta mayor, se recomendó a los Estados a recurrir al apoyo familiar como estrategia económica y aceptable culturalmente, que puede

resolver el desbalance de los sistemas de salud por el aumento de la PAM en la región (Guzmán et al., 2003).

Es así que la propuesta se plantea con base en la legalidad del ente rector, quien asume su responsabilidad de acuerdo con el ejercicio de sus funciones.

Según el *Resumen: Modelo de rectoría en promoción de la salud* de la institución, define la Promoción de la Salud «como un proceso integral, transformador, dinámico, potenciador, de análisis y trabajo articulado con actores sociales para el abordaje de los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen, desde una visión positiva, la salud de la población» (MS, 2017, p. 18).

Uniendo la definición del ente rector, que cambia de dirección y se vuelve hacia los elementos que interactúan con la población, viendo positivamente la oportunidad de potenciar fortalezas, mantener y mejorar la salud, la presente propuesta encuentra asidero para, en coincidencia, optimar la salud de la PAM mediante el apoyo familiar. Es decir, articulando los actores y recursos para este fin «aprovecha las condiciones favorables y las oportunidades que contribuyen a la protección y fortalecimiento de la salud» (MS, 2017, p. 18).

El ente rector desde los diferentes niveles apoya: «las relaciones intergeneracionales, la convivencia pacífica, el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales, emocionales, sociales y ejercicio de derechos y deberes» (MS, 2017, p. 19), para permitir el control de la salud de la población promoviendo la autorresponsabilidad y la participación social, que modifiquen favorablemente los determinantes y factores protectores de la salud.

Desde esta visión, la presente propuesta se apega a los lineamientos rectores de la Promoción de la Salud para plantear una propuesta que dé la oportunidad de desarrollar habilidades que faciliten al núcleo familiar el manejo de situaciones internas que afectan la salud y ejercicio de los derechos de sus miembros. Para tal investigación se pretende crear una propuesta que sea viable desde el ente rector, coordinada desde las funciones que en sí desempeña y que le permiten dirigir las acciones hacia la población mayor en su convivencia familiar.

Algunas de las funciones rectoras en la Promoción de la Salud son:

- «Direccionar esfuerzos y recursos de los actores sociales, hacia el desarrollo de los factores protectores, determinantes y condicionantes que generan y fortalecen la salud de la población» (MS, 2017, p. 22). Esto significa invertir recursos para desarrollar factores protectores como el apoyo familiar que pueda ser dirigido positivamente para potenciar la calidad de vida a la PAM.
- «Conducir el desarrollo del componente de la Promoción de la Salud en las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la salud desde la visión positiva» (MS, 2017, p. 22). Es decir, apostar por iniciativas que incluyan la Promoción de la Salud con una visión constructiva de la salud, aprovechando oportunidades y fortalezas que sean potenciadas como plantea la presente propuesta sobre apoyo familiar, que integre a la familia a una convivencia positiva como fortaleza cultural costarricense, evitando el abandono y violencia intrafamiliar contra la PAM.
- «Coordinar y promover investigaciones en Promoción de la Salud» (MS, 2017, p. 22). Estos esfuerzos los cumple el desarrollo del presente proyecto al enfocarse en potenciar las fortalezas familiares, que de la investigación arroje perfiles de familias y PAM, y características del apoyo familiar de la zona, que se puedan extender y profundizar para ahondar más en el tema y crear programas, proyectos y políticas públicas en el futuro.

Como resultado de las funciones rectoras en Promoción de la Salud del ente rector y la necesidad de la PAM, se da la demanda de la construcción de una propuesta que responda a la necesidad que emerge por el aumento de población de este grupo etario, y la decisión del ente de cumplir con las recomendaciones que señalan tanto la Cepal (2005) como la OMS (2018) acerca de la importancia del cuidado y apoyo a la PAM para permitirle «envejecer en casa».

Según lo señala la Carta de Ottawa (1986); se concluye que

El individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La

salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (p. 2).

De acuerdo con esta definición, se le debe proveer a la PAM la oportunidad de continuar alcanzando sus sueños o aspiraciones mediante la integración a un entorno adecuado que le permita incrementar su grado de bienestar desde su núcleo familiar, objetivo que persigue la presente investigación.

Unido a esta apertura política radica el resultado de la presente investigación, la cual recoge el aporte de las personas mayores y sus familias confirmando los beneficios que conlleva el apoyo familiar a la calidad de vida de esta población, y las necesidades y limitaciones que encuentran en su experiencia para potenciar esta estrategia que beneficia a todo el entorno que rodea la PAM.

## **B. Objetivos de la estrategia «Azulado por amor»**

### **Objetivo general**

Formular desde el ente rector una política de fortalecimiento de apoyo a la persona adulta mayor que integre el núcleo familiar para la sana convivencia en el escenario familiar y comunal, que proteja su salud mental, física, económica y social y la de su familia, mediante el desarrollo del componente de la Promoción de la Salud.

### **Objetivos específicos**

1. Formular desde el ente rector una política que regule y potencie el apoyo familiar a la persona adulta mayor de convivencia saludable en la familia desde el Enfoque de Promoción de la Salud.
2. Socializar la política de apoyo familiar entre actores sociales, grupos organizados, familias y comunidad mediante el desarrollo de la Promoción de la Salud.
3. Capacitar a actores sociales, familias y PAM, mediante procesos educativos sobre cómo confrontar el proceso de envejecimiento y la participación de todos para alcanzar la convivencia amigable en la familia.



4. Garantizar la protección de la salud física, mental, económica y social de la persona adulta mayor que «envejece en casa» cobijada por el núcleo familiar.

### **C. Metas**

- Creación de una política asociativa por el ente rector que fortalezca el apoyo familiar.
- Crear alianzas estratégicas con actores sociales que participen en la implementación de la política.
- Capacitar al personal de salud, educativo, comunitario, ONG, familias y PAM sobre apoyo familiar como estrategia para una sana convivencia con esta última.
- Implementar la política «Azulado por Amor» en el país mediante la participación social de los diferentes actores.
- Investigar sobre otras alternativas para favorecer la sana convivencia y apoyo familiar a la PAM.
- Evaluar el impacto de la implementación de la política en la PAM y su familia.
- Promover la multiplicación de la política en cantones vecinos a través de liderazgos capacitados.

### **D. Contexto internacional y nacional**

El apoyo familiar se vio reflejado en el cuidado domiciliar en Europa después de la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra a partir de 1946, en Holanda en 1947 y en Dinamarca en 1948. Así, los países nórdicos se han colocado a la cabeza en cuanto al cuidado familiar de los adultos mayores en casa, por ejemplo en Dinamarca atienden un 20 %, en Noruega un 14 %, en Suecia un 12 % y en Finlandia un 10 %. También, en Gran Bretaña y Australia ha aumentado el cuidado del adulto mayor en la familia en un 7 %, y en Francia y Bélgica en un 6 %. (Roqué, 2010, p. 39).

En Latinoamérica, Argentina encabeza la lista de países que han creado políticas sociales que plantean proteger de manera integral al adulto mayor, no considerándolos como beneficiarios, sino titulares de derechos que los protegen. Por

tal razón, desde 1996, el Ministerio de Desarrollo Social creó el «Programa Nacional Domiciliario» que considera el apoyo familiar como «la herramienta fundamental para garantizar el derecho de los adultos mayores de «envejecer en casa» (Roqué, 2010, p. 39). Para lograr el objetivo han creado los manuales que han permitido capacitar a 17 000 personas de familias que cuidan adultos mayores en todo el país.

Argentina fue el primer país del mundo que declaró los «Derechos y Decálogo de la Ancianidad» en la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en París en 1948 y lo incorporó a la Constitución en 1949. Entre los derechos establecía el respeto, protección y apoyo familiar al adulto mayor, así como a la dignidad y libertad, principios luego incorporados por las Naciones Unidas en la resolución 46 de 1991 (Roqué, 2010, p. 42).

Recientemente en Estados Unidos, en el 2016, la Oficina Nacional de Censo y la Alianza Nacional para el Cuidado (AARP, 2009), realizaron un estudio comparativo sobre la cantidad de adultos mayores latinos con respecto a otras nacionalidades y se encontró que para el año 2045 habrá 30.7 millones de adultos mayores latinos en ese país.

Sin embargo, el estudio reveló que es el latino el que más se ocupa en dar apoyo familiar y cuidados a sus adultos mayores, ya que sobre las demás poblaciones, les superó en un 21 %, invirtiendo más ingresos y hasta un 52 % de tiempo en sus cuidados (AARP, 2009), aspecto cultural que favorece la investigación por desarrollar

Debido a ello, en el 2015 se creó en Estados Unidos una guía con traducción al español como herramienta para el apoyo familiar, con el fin de instruir a la familia latina en aspectos como inicio del diálogo con el adulto mayor, formar un equipo y elaborar *un plan* familiar de apoyo, ayudar en situaciones especiales, cuidar de sí mismo y de la familia, respetar sus deseos, donde se reconoce una tradición cultural positiva para el mantenimiento de la salud de las personas adultas mayores.

También, en Costa Rica la Ley N.º 7935 plantea objetivos para cumplir el propósito de garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos, promoviendo elementos como participación activa

en el proceso de formulación y aplicación de las políticas que les afecten, además de su permanencia dentro del núcleo familiar y comunitario (Asamblea Legislativa, 1999).

En todo lo que respecta a los avances de la Red de Cuido, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (Conapam), con el apoyo de un grupo de especialistas y mediante un proceso participativo, formuló la propuesta denominada *Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica*, basada en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 (Conapam, 2011).

Un aspecto que sobresalió de esta propuesta es que el proyecto trata de «ofrecer respuestas diferenciadas según las características y necesidades de las personas adultas mayores, así como del entorno», y en lo que interesa al presente estudio se destacó de este plan la modalidad de «familias solidarias» que dará apoyo al adulto mayor con el soporte económico mínimo proveniente del Estado, dependiendo de las condiciones sociales, de vivienda y entorno de las familias donde convive el adulto mayor (Conapam, 2011).

Con esta modalidad se apoyó a las familias materialmente, pero se observó el vacío del plan en cuanto a la capacitación y desarrollo de habilidades que las familias necesitan para controlar las relaciones, trabajo, alimentación, resolución de conflictos, salud y demás asuntos que demanda el cuidado y protección de la persona adulta mayor en el núcleo familiar.

Con respecto al apoyo familiar que inflencie constructivamente la sana convivencia de la persona adulta mayor con una política desde el ente rector, no se conocen intervenciones que desde la Promoción de la Salud potencien esta fortaleza para mejorar la calidad de vida de estas personas. Se presenta la iniciativa partiendo de que la salud requiere la participación de todos, especialmente del núcleo familiar, acercando sus miembros, liderazgos, ONG, instituciones y políticas del ente rector que definan los lineamientos con respecto al cuidado y protección de la calidad de vida de la persona adulta mayor, no fragmentando la población, sino integrándola al

proceso constructivo de la salud en el envejecimiento con valores, prácticas y principios positivos para este grupo que «envejece en casa».

## **E. Descripción del proyecto**

Métodos y actividades para alcanzar la ejecución del proyecto

### **I paso**

- Revisión de la presente propuesta: para valorar el aporte de la investigación realizada en la zona.
- Consulta con expertos: el ente consulta expertos en Política y Promoción de la Salud para potenciar el apoyo familiar a la PAM.
- Formulación de la política: crea la política respectiva con el contenido requerido por la población de la zona.
- Planificación de actividades: la planeación de las actividades, recursos y plazo para implementación de la política.

### **II paso**

- Socialización de la política internamente: El recurso humano del ente rector necesita conocer la política y cómo se implementará.
- Alianzas estratégicas: Establecer alianzas con actores sociales para buscar participación en la extensión y cumplimiento de la política.
- Taller de capacitación para actores sociales: Capacitar a los actores sociales sobre la política por implementar.
- Capacitación a municipalidades y gobiernos locales: el apoyo y conocimiento del gobierno local de la política es importante para que se introduzca en la planificación estratégica.
- Capacitación a personal de áreas de salud y Ebais: la implementación de la política se debe implementar desde el sistema de salud, en especial los Ebais, que son los centros de salud que más frecuentan las PAM.

- Capacitación a grupos comunitarios, iglesias y ONG: la salud es fruto de la colaboración de todos y es importante la participación social de grupos de la comunidad.
- Evento cantonal de promoción de la política «Azulado por Amor»: se refiere a la promoción pública de la política con una celebración con la comunidad.
- Capacitación en centros educativos: capacitar y sensibilizar al personal de los centros educativos para que transmitan la política a sus estudiantes es fundamental, con el fin inclusivo de influenciar positivamente en todos los grupos etarios a la vida de la PAM que «vive en casa».
- Distribución de *sticker* «Azulado por Amor»: es la distribución de un signo que se coloca en cada familia que practica la política.
- Concurso familiar: «El barrio más azul»: para involucrar a las familias a que sean más grupos en sus barrios que practiquen la política.

### III paso

- Evaluación del proyecto de implementación de la política: Se realiza con el conteo de familias que adoptan la práctica de la política en su familia y comunidad.
- Encuentro con actores sociales para evaluar la política: opiniones, mejoras, nuevas políticas por formular, reformas, etc.
- Multiplicación de la política a todos los cantones: el capital acumulado de conocimiento y experiencia de los diferentes actores implementando la política les capacita para extenderla a otros cantones.

## F. Cronograma

Actividades	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9				Mes 10				Mes 11							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. Formulación política	■	■																																														
2. Capacitación personal			■	■																																												
3. Planificación actividades expansión					■	■																																										
4. Taller de socialización con actores sociales						■																																										
5. Capacitación municipalidad y gobierno local						■	■																																									
6. Capacitación a área de salud y Ebais								■																																								
7. Capacitación grupos organizados, iglesias y ONG									■	■																																						
8. Promoción «Azulado por Amor»													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
9. Capacitación centros educativos													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
10. Distribución <i>sticker</i> evaluativo «Azulado por Amor»																																																
11. Actividad familiar «concurso el barrio más azul»																																																
12. Evaluación del proyecto por <i>sticker</i> en hogares													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
13. Desarrollo y multiplicación política																																																

Fuente: Elaboración propia, 2018.

## G. Recursos

### Recurso humano

El recurso humano sugerido es un equipo multidisciplinario que elabore la política que incluya la contratación de profesionales en Promoción de la Salud, un(a) coordinador(a) de proyecto e implementación, una secretaria, dos asistentes y voluntarios de la comunidad.

### Recurso infraestructura por Área de Salud

Un local propio para reuniones que permita impartir talleres a 35 personas, baño, oficinas, equipos necesarios, entre otros.

### Recurso material necesario

Recurso	Cantidad
Computadora	1
Proyector de video	1
Papel periódico	250
Marcadores	15
Cinta adhesiva	3
Refrigerios	750
Transporte a capacitaciones	25
Bolsas para basura	15
Papel higiénico	7
Lapiceros	50
Papel bond	500 hojas

## H. Sostenibilidad

La política debe mantenerse de forma permanente, por lo que es responsabilidad del ente rector aportar recursos para implementarla. Sin embargo, por la profundidad de la política en la comunidad y actores sociales se puede promover el aporte de la empresa privada y de los actores sociales, una vez que se alcance el tiempo programado.

## I. Evaluación del proyecto

### Beneficiarios directos

- Persona adulta mayor: el apoyo familiar a la PAM es la razón de ser de la política.
- Familia de la persona adulta mayor: al poner en práctica la política, obtiene herramientas y habilidades para confrontar las situaciones de tener una PAM que «envejece en casa».

### Beneficiarios indirectos

- Ente rector: en el cumplimiento de su rectoría aplicando la Promoción de la Salud en su contexto y la experiencia práctica de creación de políticas innovadoras para mejorar la salud de la PAM.
- Actores sociales comunitarios: iglesias, ONG, grupos organizados.
- Actores sociales institucionales: municipalidad, gobierno local, áreas de salud, Ebais, centros educativos.
- Sociedad general: la población en general.



Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018) *Envejecimiento y Salud. Datos y Cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de Vida 2018-2020*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/estrategias/3864-estrategia-nacional-para-un-envejecimiento-saludable-2018-2020/file>

## Apéndice D

### Tablas

Tabla 6 *Distribución de frecuencias según sexo de los entrevistados*

	Absoluto	Relativo
Femenino	60	55,6
Masculino	48	44,4
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 7 *Distribución de frecuencias según grupos de edad de los entrevistados*

	Absoluto	Relativo
65-69 años	40	37
70-74 años	24	22,2
75-79 años	19	17,6
80-84 años	11	10,2
85 y más	14	13
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 8 *Distribución de frecuencias según sexo y rangos de edad*

	Femenino		Masculino	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
65-69 años	18	30	22	45,8
70-74 años	13	32,5	11	27,5
75-79 años	16	40	3	7,5
80-84 años	5	12,5	6	15
85 y más	8	20	6	15

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 9 *Distribución de frecuencias según el estado civil de los entrevistados*

	Absoluto	Relativo
Casado(a)	52	48,1
Divorciado(a)	8	7,4
Unión libre	1	0,9
Soltero(a)	19	17,6
Viudo(a)	28	25,9
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 10 *Distribución de frecuencias según sexo y grupos de edad y estado civil*

	Femenino		Masculino		
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	
65-69 años	Casado(a)	10	55,6	14	63,6
	Divorciado(a)	2	11,1	3	13,6
	Unión libre	0	0	1	4,5
	Soltero(a)	5	27,8	4	18,2
	Viudo(a)	1	5,6	0	0,0
70-74 años	Casado(a)	4	30,8	7	63,6
	Divorciado(a)	2	15,4	0	0
	Soltero(a)	2	15,4	3	27,3
	Viudo(a)	5	38,5	1	9,1
75-79 años	Casado(a)	5	31,3	3	100,0
	Soltero(a)	2	12,5	0	0
	Viudo(a)	9	56,3	0	0
80-84 años	Casado(a)	2	40	3	50
	Divorciado(a)	1	20	0	0
	Soltero(a)	0	0	1	16,7
	Viudo(a)	2	40	2	33,3
85 y más	Casado(a)	2	25	2	33,3
	Soltero(a)	1	12,5	1	16,7
	Viudo(a)	5	62,5	3	50

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 11 *Distribución de frecuencias de la asistencia a la escuela en los entrevistados*

	Absoluto	Relativo
Sí	97	89,8
No	11	10,2
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 12 *Distribución de frecuencias de la escolaridad de los entrevistados*

	Absoluto	Relativo
No fue a la escuela	11	10,2
Primaria incompleta	46	42,6
Primaria completa	34	31,5
Secundaria incompleta	9	8,3
Secundaria completa	5	4,6
Universitaria	2	1,9
Otra	1	0,9
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 13 *Distribución de frecuencias del sexo y escolaridad de las personas adultas mayores*

	Femenino		Masculino	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
No fue a la escuela	8	13,3	3	6,3
Primaria incompleta	30	50,0	16	33,3
Primaria completa	17	28,3	17	35,4
Secundaria incompleta	3	5,0	6	12,5
Secundaria completa	2	3,3	3	6,3
Universitaria	0	0,0	2	4,2
Otra	0	0,0	1	2,1
Total	60	100	48	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 14 *Distribución de frecuencias del sexo y estado civil de las personas adultas mayores*

	Femenino		Masculino	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Casado(a)	23	38,3	29	60,4
Divorciado(a)	5	8,3	3	6,3
Unión libre	0	0,0	1	2,1
Soltero(a)	10	16,7	9	18,8
Viudo(a)	22	36,7	6	12,5
Total	60	100	48	100

Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla 15 *Distribución de frecuencias del aseguramiento de los entrevistados*

	Absoluto	Relativo
Sí	101	93,5
No	7	6,5
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 16 *Distribución de frecuencias según la número de hijos que tienen los entrevistados*

	Absoluto	Relativo
Ninguno	7	6,5
1 hijo	9	8,3
2 hijos	15	13,9
3 hijos	16	14,8
4 hijos	19	17,6
5 o más hijos	42	38,9
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 17 *Distribución de frecuencias según condición laboral actual de las personas adultas mayores*

	Absoluto	Relativo
Trabaja	22	20,4
No trabaja	32	29,6
Pensionado	54	50
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 18 *Distribución de frecuencias según el origen de los ingresos que tienen los entrevistados*

	Absoluto	Relativo
Propios	19	17,6
Pensión	59	54,6
Apoyo familiar	25	23,1
Otro	2	1,9
NS/NR	3	2,8
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Tabla 19 *Distribución de frecuencias según fuente de ingresos; condición laboral y sexo*

	Trabaja		No trabaja		Pensionado		
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	
Femenino	Propios	4	44,4	2	7,4	0	0
	Pensión	1	11,1	6	22,2	22	91,7
	Apoyo familiar	4	44,4	15	55,6	2	8,3
	Otro	0	0	2	7,4	0	0
	NS/NR	0	0	2	7,4	0	0
Masculino	Propios	11	84,6	2	40	0	0
	Pensión	0	0	0	0	30	100
	Apoyo familiar	2	15,4	2	40	0	0
	NS/NR	0	0	1	20	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 20 *Distribución de frecuencias del sexo y origen de ingresos en las personas adultas mayores*

	Femenino		Masculino	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Propios	6	10,0	13	27,1
Pensión	29	48,3	30	62,5
Apoyo familiar	21	35,0	4	8,3
Otro	2	3,3	0	0,0
NS/NR	2	3,3	1	2,1
Total	60	100	48	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 21 *Distribución de frecuencias según la presencia de necesidades no satisfechas*

	Absoluto	Relativo
Emocionales	19	17,6
Sociales	3	2,8
Ayuda en tareas	10	9,3
Intelectuales	7	6,5
Materiales	9	8,3
Otras	16	14,8
Ninguna	44	40,7
Total	108	100

Tabla 22 *Distribución de frecuencias de las necesidades no satisfechas según sexo*

	Femenino		Masculino	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Emocionales	13	21,7	6	12,5
Sociales	2	3,3	1	2,1
Ayuda en tareas	10	16,7	0	0
Intelectuales	4	6,7	3	6,3
Materiales	2	3,3	7	14,6
Otras	10	16,7	6	12,5
Ninguna	19	31,7	25	52,1
Total	60	100	48	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 23 *Distribución de frecuencias según relación que mantiene la PAM con la familia*

	Absoluto	Relativo
Muy amigables	84	77,8
Poco amigables	21	19,4
Nada amigables	3	2,8
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 24 *Distribución de la prevalencia de enfermedades presentes en los entrevistados*

	Prevalencia
Presión alta	27,8
Diabetes	15,7
Sobrepeso/Obesidad	0
Alzheimer	0
Colesterol	11,1
Degenerativas	10,2
Mentales	1,9
Depresión	4,6
Otras	6,5

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 25 *Distribución de la prevalencia de enfermedades en los entrevistados según sexo*

	Prevalencia	
	Femenino	Masculino
Presión alta	56,7	43,3
Diabetes	58,8	41,2
Sobrepeso/Obesidad	0	0
Alzheimer	0	0
Colesterol	75	25
Degenerativas	54,5	45,5
Mentales	100	0
Depresión	80	20
Ninguna	22,7	77,7
Otras	71,4	28,6

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 26 *Distribución de frecuencias según el lugar al que asiste a control cuando se enferma el adulto mayor*

	Absoluto	Relativo
Clínica	1	0,9
Ebais	65	60,2
Farmacia	2	1,9
Hospital	34	31,5
Privado	6	5,6
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 27 *Distribución de frecuencias del lugar donde asiste la persona adulta mayor cuando se enferma según rango de edad*

	Clínica		Ebais		Farmacia		Hospital		Privado	
	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel
65-69 años	0	0	28	43,1	2	100	8	23,5	2	33,3
70-74 años	0	0	17	26,2	0	0	6	17,6	1	16,7
75-79 años	1	100	6	9,2	0	0	11	32,4	1	16,7
80-84 años	0	0	7	10,8	0	0	4	11,8	0	0
85 y más	0	0	7	10,8	0	0	5	14,7	2	33,3
Total	1	100	65	100	2	100	34	100	6	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 28 *Distribución de frecuencias según el origen de los ingresos de la familia*

	Absoluto	Relativo
Pensión	57	52,8
Trabajo	34	31,5
Rentas	4	3,7
Ayuda estado	2	1,9
Familia	8	7,4
Otro	1	,9
NS/NR	2	1,9
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 29 *Distribución de frecuencias según relaciones entre la familia y la persona adulta mayor*

	Absoluto	Relativo
Muy amigables	77	71,3
Amigables	16	14,8
Poco amigables	15	13,9
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 30 *Distribución de frecuencias según la persona proveedora de las necesidades materiales*

	Absoluto	Relativo
Cónyuge	28	25,9
Hijos(as)	42	38,9
Nietos(as)	3	2,8
Hermanos(as)	1	0,9
Otros	34	31,5
Total	108	100

Fuente: Eelaboración propia, 2018

Tabla 31 *Distribución según la frecuencia de comunicación con familiares y conocidos*

	Diario		Semanal		Mensual		Anual		No me comunico		No hay dato	
	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel
Hijos(as)	73	67,6	16	14,8	4	3,7	3	2,8	7	6,5	5	4,6
Hermanos(as)	31	28,7	14	13	18	16,7	14	13	16	14,8	15	13,9
Amigos(as)	40	37	32	29,6	11	10,2	3	2,8	7	6,5	15	13,9
Primos(as)	14	13	7	6,5	11	10,2	32	29,6	23	21,3	21	19,4

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 32 *Distribución de frecuencias según las muestras de funcionalidad familiar con la persona adulta mayor*

	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		No hay dato	
	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel
	Ayuda con problemas	85	78,7	12	11,1	10	9,3	1
Conversan problemas en casa	81	75	12	11,1	15	13,9	0	0
Decisiones tomadas en conjunto	78	78,2	10	9,3	19	17,6	1	0,9
Tiempo pasan juntos	87	80,6	14	13	7	6,5	0	0
Familia le quiere	97	89,8	7	6,5	4	3,7	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 33 *Distribución de frecuencias de la función familiar en el apoyo a la persona adulta mayor, según la percepción positiva «Casi siempre»*

	Absoluto	Relativo
Ayuda de la familia cuando tiene problema	85	78,7
Conversan problemas de la casa	81	75,0
Decisiones en conjunto	78	72,2
Tiempo juntos en familia	87	80,6
Siente que la familia le quiere	97	89,8

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 34 *Distribución de frecuencias de la función familiar en apoyo a la persona adulta mayor, según la percepción positiva «casi siempre» y sexo*

	Femenino		Masculino	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Ayuda de la familia cuando tiene problema	47	78,3	38	79,2
Conversan problemas de la casa	44	73,3	37	77,1
Decisiones en conjunto	42	70,0	36	75,0
Tiempo juntos en familia	49	81,7	38	79,2
Siente que la familia le quiere	56	93,3	41	85,4

Fuente:Elaboración propia, 2018.



Tabla 35 *Distribución de frecuencias a la afirmación: «El tipo de vida que llevo es el que siempre soñé»*

	Absoluto	Relativo
Totalmente en desacuerdo	13	12,0
En desacuerdo	2	1,9
Ligeramente en desacuerdo	8	7,4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	9,3
Ligeramente de acuerdo	11	10,2
De acuerdo	13	12,0
Totalmente de acuerdo	51	47,2
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 36 *Distribución de frecuencias a la afirmación: «Las condiciones de mi vida son excelentes»*

	Absoluto	Relativo
Totalmente endesacuerdo	8	7,4
En desacuerdo	6	5,6
Ligeramente en desacuerdo	6	5,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	7,4
Ligeramente de acuerdo	14	13,0
De acuerdo	17	15,7
Totalmente de acuerdo	49	45,4
Total	108	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos, elaboración propia, 2018.

Tabla 37 *Distribución de frecuencias a la afirmación: «Estoy satisfecho(a) con mi vida»*

	Absoluto	Relativo
Totalmente en desacuerdo	9	8,3
En desacuerdo	1	0,9
Ligeramente en desacuerdo	7	6,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	5,6
Ligeramente de acuerdo	6	5,6
De acuerdo	14	13,0
Totalmente de acuerdo	65	60,2
Total	108	100

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 38 *Distribución de frecuencias a la afirmación: «Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida»*

	Absoluto	Relativo
Totalmente en desacuerdo	9	8,3
En desacuerdo	5	4,6
Ligeramente en desacuerdo	6	5,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	6,5
Ligeramente de acuerdo	9	8,3
De acuerdo	16	14,8
Totalmente de acuerdo	56	51,9
Total	108	100

Fuente:Elaboracion propia, 2018.

Tabla 39 *Distribución de frecuencias a la afirmación: «Si tuviera que vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviese a ser igual»*

	Absoluto	Relativo
Totalmente en desacuerdo	11	10,2
En desacuerdo	6	5,6
Ligeramente en desacuerdo	3	2,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	8,3
Ligeramente de acuerdo	13	12,0
De acuerdo	15	13,9
Totalmente de acuerdo	50	46,3
NS/NR	1	0,9
Total	108	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos, elaboración propia, 2018.

Tabla 40 *Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de Vida, según la percepción más alta de la escala en 7, para «Totalmente de acuerdo» y sexo de la persona adulta*

	Femenino		Masculino	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
El tipo de vida que llevo es el que siempre soñé	29	48,3	22	45,8
Las condiciones de mi vida son excelentes	28	46,7	21	43,8
Estoy satisfecho(a) con mi vida	33	55,0	32	66,7
Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	29	48,3	27	56,3
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual	25	41,7	25	52,1

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 41 *Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según contraste de valores mas bajos (1 y 2 ) frente a valores máximos (6 y 7)*

	Escala valor 1-2		Escala valor 6-7	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
El tipo de vida que llevo es el que siempre soñé	15	13,9	64	59,3
Las condiciones de mi vida son excelentes	14	13,0	66	61,1
Estoy satisfecho(a) con mi vida	10	9,3	79	73,1
Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	14	13,0	72	66,7
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual	17	15,7	65	60,2

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 42 *Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según contraste de valores más bajos (1 y 2) frente a valores máximos 6 y 7) y sexo*

	Femenino				Masculino			
	Escala 1-2		Escala 6-7		Escala 1-2		Escala 6-7	
	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel
El tipo de vida que llevo es el que siempre soñé	8	13,3	39	65,0	7	14,6	25	52,1
Las condiciones de mi vida son excelentes	8	13,3	37	61,7	6	12,5	29	60,4
Estoy satisfecho(a) con mi vida	5	8,3	42	70,0	5	10,4	37	77,1
Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	10	16,7	39	65,0	4	8,3	33	68,8
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual	10	16,7	36	60,0	7	14,6	29	60,4

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 43 *Distribución de frecuencias de la Escala de Satisfacción de la Vida, según promedio de valores de respuesta por rango de edad*

	<i>Edad</i>	<i>Promedio</i>
El tipo de vida que llevo es el que siempre soñé	<i>65-69 años</i>	5,07
	<i>70-74 años</i>	5,58
	<i>75-79 años</i>	6,21
	<i>80-84 años</i>	4,73
	<i>85 y más</i>	4,57
Las condiciones de mi vida son excelentes	<i>65-69 años</i>	5,27
	<i>70-74 años</i>	5,71
	<i>75-79 años</i>	5,84
	<i>80-84 años</i>	5,55
	<i>85 y más</i>	4,64
Estoy satisfecho/a con mi vida	<i>65-69 años</i>	5,88
	<i>70-74 años</i>	5,67
	<i>75-79 años</i>	6,37
	<i>80-84 años</i>	5,82
	<i>85 y más</i>	4,93
Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	<i>65-69 años</i>	5,55
	<i>70-74 años</i>	5,67
	<i>75-79 años</i>	6
	<i>80-84 años</i>	5,45
	<i>85 y más</i>	4,71
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviese a ser igual	<i>65-69 años</i>	5,28
	<i>70-74 años</i>	5,67
	<i>75-79 años</i>	5,84
	<i>80-84 años</i>	5,36
	<i>85 y más</i>	4,64

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 44 Variables de estudio para el objetivo 1 del TFG

**Objetivo general:** Fortalecer desde el ente rector de la salud el apoyo familiar para las personas adultas mayores, mediante el desarrollo del componente de la Promoción de la Salud en la integración de la familia, que mejore su calidad de vida durante el 2018

**Objetivo específico 1:** Determinar las características sociodemográficas de las personas adultas mayores y sus familias, que provea un diagnóstico real de su condición de vida (Caracterización de las personas adultas mayores).

Definición constructo	Definición operacional	Dimensión	Categoría	Subcategoría	Pregunta	Instrumento
Características sociales con las que viven las personas. (Vidal y Orellana, 2004, p. 6).	Características propias de los adultos mayores.	Característica de la persona adulta mayor que vive con la familia.	1. Sexo	1. Masculino, femenino	1. Sexo	Encuesta (Apéndice N.º 2)
			2. Edad	2. Años cumplidos	2. Edad en años cumplidos	
			3. Nivel escolar	3. Último grado cursado	3. Estudios realizados a. Fue a la escuela b. Primaria c. Primaria completa d. Secundaria incompleta e. Secundaria completa f. Universitaria g. Otra	
			4. Estado civil	4. Casado, soltero(a) divorciado,	4. Estado civil a. Casado(a) b. Divorciado(a)	

Definición constructo	Definición operacional	Dimensión	Categoría	Subcategoría	Pregunta	Instrumento
				viudo, unión libre	c. Unión libre d. Soltero (a) e. Viudo(a)	
			5. ¿Con quién vive?	5. Con pareja, hijos(as), nietos(as), hermanos(as), otros	5. ¿Con quién vive? a. Con la pareja? b. Con los hijos? c. Con los nietos d. Otra _____  ¿Qué relación tiene? a. Con la pareja b. Con los hijos c. Con los nietos d. Otra _____ e. Solo(a)	
			6. ¿Está asegurado?	6. Sí o NO	6. ¿Está asegurado? a. Sí b. No	
			7. ¿Tiene hijos(as)?	7. Sí o NO ¿Cuántos?	7. ¿Tiene hijos? a. Sí ¿Cuántos? _____ b. No	
			8. Condición laboral	8. Trabaja, no trabaja, pensionado	8. Condición laboral a. Trabaja b. No trabaja c. Pensionado c. Otro	
			9. Ingresos	9. Propios, pensión,	9. Ingresos: a. Propios (rentas)	



Definición constructo	Definición operacional	Dimensión	Categoría	Subcategoría	Pregunta	Instrumento
				apoyo económico	b. Pensión c. Apoyo de familiares D) d. Otro	
			10. Necesidades	10. ¿Qué necesidades tiene?	10. ¿Qué necesidades tiene? a. Afectivas b. Acompañamiento c. Económicas d. Ayuda en las tareas	
			11. Relaciones	11. ¿Cómo son las relaciones familiares, cómo le trata la familia?	11. ¿Cómo son sus relaciones familiares? De uno a diez, donde diez es excelente y uno muy malas_____.	
			12. Salud	12. Enfermedades que padece la persona adulta mayor.	12. ¿Padece alguna enfermedad? a. Sí b. NO  Sí: PASE A LA SIGUIENTE	
					13. ¿Cuáles enfermedades sufre? 14. ¿Dónde va para controlarlas?	

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 45 Operacionalización de variables de estudio para el objetivo 1 del TFG

**Objetivo general:** Fortalecer desde el ente rector de la salud el apoyo familiar para las personas adultas mayores, mediante el desarrollo del componente de la Promoción de la Salud en la integración de la familia, que mejore su calidad de vida durante el 2018.

**Objetivo específico 1:** Determinar las características sociodemográficas de las personas adultas mayores y sus familias, que provea un diagnóstico real de su condición de vida.

Definición del constructo	Definición Operacional	Dimensión	Categoría	Subcategoría	Pregunta	Instrumento
Características sociales con las que viven las personas. (Vidal y Orellana, 2004, p. 6).	Características propias de las familias de los(as) adultos(as) mayores.	Características de las familias a las que pertenecen las personas adultas mayores de la zona citada.	1. Hijos-hijas, miembros de la familia	1. Miembro de familia, sexo, edad, parentesco y nivel educativo	1. Característica miembro de la familia del adulto mayor: sexo, edad, parentesco, estado civil, nivel educativo.	Encuesta (Apéndice N.º 2)
			2. Ingresos	2. Ingresos, de dónde provienen.	2. Ingresos: ¿De dónde provienen los ingresos de la familia? a. Pensión b. Trabajo c. Rentas d. Ayuda estado e. Otro	
			3. ¿Cómo son las relaciones?	3. ¿Relaciones amigables o no?	3. ¿Cómo son las relaciones con la persona adulta mayor? a. Muy amigables b. Amigables c. Poco amigables	
			4. ¿Quién hace provisión material?	4. ¿Quiénes proveen materialmente?	4. ¿Quién provee las necesidades materiales al adulto mayor? a. Cónyuge b. Hijo c. Nieto d. Otro	
			5. Cónyuge Nietos, hermano, otro			

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tabla 46 *Categorías de análisis para el objetivo 2 del TFG*

**Objetivo general:** Fortalecer desde el ente rector de la salud el apoyo familiar para las personas adultas mayores, mediante el desarrollo del componente de la Promoción de la Salud en la integración de la familia, que mejore su calidad de vida durante el 2018.

**Objetivo específico 2:** Analizar el apoyo familiar que recibe la persona adulta mayor para la construcción de alternativas que fortalezcan este componente en el grupo etario en estudio.

Definición de constructo	Definición operacional	Categoría	Subcategoría	Pregunta	Instrumento
<b>Apoyo familiar</b> «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» (Guzmán et al., 2003).	Soporte que brinda la familia al adulto mayor que vive en casa	1. Emocional	Apoyo emocional	<b>Apoyo emocional</b> 1. Recibe expresiones afectivas  2. Recibe visitas familiares a. Casi siempre b. Algunas veces c. Casi nunca	Encuesta (Apéndice N.º 2)  Entrevista semiestructurada (Apéndice N.º 3)
		2. Social	Social	<b>Social</b> 3. ¿Participa en las actividades sociales de la familia como celebraciones, cumpleaños, etc.?  14. ¿Participa en la toma de decisiones de la familia cuando hay situaciones que resolver?  15. ¿Recibe apoyo de la familia para participar en actividades grupales de la PAM en la comunidad?	

Definición de constructo	Definición operacional	Categoría	Subcategoría	Pregunta	Instrumento
		3. Instrumental	Instrumental: trámites, tareas diarias, compras, cuidado personal.	<b>Instrumental</b> ¿Recibe apoyo de la familia en el trámite de asuntos como pagos, compras, u otros?	
		4. Salud	Salud: atención cuando está enfermo, compra medicamentos, acompañamiento a citas	<b>Salud</b> 16. Recibe atención de la familia cuando está enfermo(a) 17 Recibe ayuda de la familia en la compra de medicamentos  18. ¿Recibe acompañamiento de la familia o de algún cuidador a citas médicas? a. Casi siempre b. Algunas veces, c. Casi nunca 19. ¿Tiene un cuidador?  20. ¿Dónde acude para controlarse cuando se enferma?	

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla 47 *Categorías de análisis para el objetivo 3 del TFG*

**Objetivo general:** Fortalecer desde el ente rector de la salud el apoyo familiar para las personas adultas mayores, mediante el desarrollo del componente de la Promoción de la Salud en la integración de la familia, que mejore su calidad de vida durante el 2018.

**Objetivo específico 3:** Desarrollar una propuesta enfocada en la Promoción de la Salud para la integración de la familia al apoyo familiar, que mejore la calidad de vida de la persona adulta mayor desde el ente rector.

Definición	Definición operacional	Categoría	Subcategoría	Pregunta	Instrumento
Idea o planteamiento que se le presenta a una persona u organización.	Plan o propuesta que se presenta para resolver o fortalecer una situación de la PAM de Escazú.	Diseño de la propuesta: 1. Temas por incluir 2. Usuarios 3. Beneficiarios 4. Información 5. Ejecutor	Producción de propuestas de apoyo familiar como herramienta para el proyecto.	Apoyo al adulto mayor: ¿Se llenan las necesidades de la PAM con respecto al apoyo familiar? ¿Qué se puede hacer? ¿Qué temáticas incluir? Se construye la propuesta después del análisis de la triangulación, de la información, depende del apoyo que recibe la PAM.  Familia: ¿Cuál debe ser el rol de la familia cuando existe una PAM viviendo en casa? Se trabaja en el desarrollo de la propuesta después de la triangulación de datos. ¿Cuál es el rol de ARS en la propuesta?	Encuesta Entrevista semiestructurada Observación no participante

Fuente: Elaboración propia, 2018.

## **ANEXOS**

**Anexo N.º 1****Fórmula de Consentimiento Informado****UNIVERSIDAD DE COSTA RICA****COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO****Teléfono/Fax: (506) 2511-4201****FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****(Para ser sujeto de investigación)****Proyecto de Graduación en Promoción de la Salud**

**Propuesta para la integración de la convivencia amigable del núcleo familiar con la persona adulta mayor desde un enfoque de la Promoción de la Salud del Área Rectora de Salud de Escazú**

**Nombre de la investigadora: Auristela Salazar Murillo****Nombre del participante**  

---

**PLAN DE GARANTÍA ÉTICA****A. Propósito del proyecto**

El presente estudio está dirigido a fortalecer el apoyo familiar a las personas adultas mayores de Escazú. El propósito es crear una propuesta de apoyo familiar que instruya a las familias sobre acciones que pueden realizar para dar un soporte fuerte a las personas adultas mayores para proteger su salud y que vivan una vejez satisfactoria. Dicha investigación es realizada por la estudiante Auristela Salazar Murillo, carné 766192, para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

La investigación cuenta con el respaldo del Área Rectora de Salud de Escazú del Ministerio de Salud.

**B. ¿Qué se hará?**

En la investigación se desarrollan entrevistas individuales sobre su experiencia personal del apoyo familiar que recibe o no y cómo influye este en su salud, por aproximadamente una hora. Durante las entrevistas se están tomando grabaciones de audio, a las cuales tiene acceso únicamente la investigadora del estudio que las mantiene bajo custodia durante los siguientes 5 años, después de ese tiempo serán eliminadas. Los participantes que de forma voluntaria accedan a entrevistas, deben firmar el consentimiento informado previamente, y si por alguna razón no pudiese firmar, en su caso lo podrá hacer otra persona en su lugar, autorizada por la PAM que será entrevistada.

**C. Riesgos**

Dentro de la entrevista se le van a realizar ciertas preguntas, algunas de ellas le pueden causar incomodidad, ansiedad o molestia, por tratarse de temas considerados como sensibles. Si usted experimenta alguna molestia, por favor avísele a la persona que le entrevista. Si cree que necesita un acompañante conocido que permanezca junto a usted puede hacerlo. Recuerde que la información es confidencial y anónima. Si se le presenta alguna duda, puede realizar la consulta que considere necesaria.

**D. Beneficios**

El beneficio es el aporte de su experiencia y conocimiento sobre el apoyo que las familias le brindan a la persona adulta mayor, que contribuirá a producir una propuesta que mejore la relación intrafamiliar y su calidad de vida.

**E. Voluntariedad**

Su participación en la investigación es de manera voluntaria. Tiene el derecho a negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento.



## **F. Confidencialidad**

Los datos que usted facilite son manejados con estricta confidencialidad. La información digital es resguardada por la investigadora principal en memoria digital, a la cual solo ella tendrá acceso. En el caso de información física, se almacena en un archivero, la llave del mismo es custodiada únicamente por la investigadora principal.

Toda la información es guardada por un periodo de 5 años, posterior a esto, se destruirá adecuadamente. Es importante que usted sea informada(o) de que los resultados serán usados para fines académicos.

## **H. Información**

Antes de dar su autorización puede hablar con la investigadora responsable del estudio y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando a Auristela Salazar Murillo al teléfono 6075-9772 en el horario de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica al teléfono 2511-4201 y 2511-1398 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

I. Usted no pierde ningún derecho legal por participar en este estudio.

## **CONSENTIMIENTO**

He leído, o se me ha leído y revisado la información de esta fórmula, y me han sido aclaradas todas las preguntas. Libremente decido participar como sujeto de estudio para colaborar con los objetivos planteados por la investigadora para los fines de mejorar la salud de la persona adulta mayor. Estoy de acuerdo con que la información brindada sea usada de forma anónima o publicada para beneficiar a otras personas. Al firmar este consentimiento se mantienen mis derechos legales.

---

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula de la investigadora que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la testigo que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

## Anexo N.º 2

## Carta de interés del Área Rectora de Salud de Escazú



MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE RECTORÍA DE LA SALUD CENTRAL SUR  
 DIRECCIÓN ÁREA RECTORA DE SALUD ESCAZÚ  
 Telfax: 22280376  
 Correo electrónico: ars.escazu@ministeriodesalud.go.cr

Señores  
 Escuela de Salud Pública  
 UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Estimados señores

De parte de la Dirección Área Rectora de Salud de Escazú como del Proceso de Promoción de la Salud es de suma importancia e interés para nosotros ser parte del Trabajo Final de Graduación que realizará en la comunidad de San Antonio de Escazú la muy estimable señora Auristela Salazar bachiller en Promoción de la Salud.

Este Trabajo Final de Graduación, proveerá una estrategia desde la Promoción de la Salud de potenciar el apoyo familiar a la persona Adulta Mayor, como fortalecer el envejecimiento en la casa que proteja y mantenga su salud, esto mediante una guía auto formativa sobre apoyo familiar titulada " Familias Amigables con la Persona Adulta Mayor ".

Con todo gusto nuestra Dirección Área Rectora de Salud de Escazú, brindará el total de apoyo.

Atentamente.



Dr. José Edo Carvajal Obando. Msc  
 Enfermero -Coordinador Local  
 Promoción de la Salud / Planificación Estratégica de la Salud